

FILOZOFICKÁ FAKULTA UNIVERZITY KARLOVY V PRAZE

KATEDRA PSYCHOLOGIE



## **Rigorózní práce**

**Nadváha a koncept hranic osobního prostoru  
(psychologické aspekty nadváhy)**

**Overweight and a concept of personal space borders  
(psychological aspects of overweight)**

Autorka: Mgr. Katarína Filasová

Konzultantka: Doc. PhDr. Slávka Fraňková DrSc.

Praha 2009

Prohlašuji, že jsem tuto rigorózní práci vypracovala samostatně  
a pouze za použití uvedených pramenů a literatury.

V Praze dne 15.7.2009

Katarína Filasová

## OBSAH

<b>OBSAH .....</b>	<b>3</b>
<b>PODĚKOVÁNÍ .....</b>	<b>5</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>6</b>
<b>ÚVOD .....</b>	<b>7</b>
<b>1. POHLED NA NADVÁHU V HISTORII .....</b>	<b>10</b>
<b>2. DEFINICE NADVÁHY A OBEZITY .....</b>	<b>13</b>
2.1. DEFINICE STUPNĚ NADVÁHY A OBEZITY .....	13
2.2. OBEZITA MUŽSKÁ A ŽENSKÁ .....	14
<b>3. PROČ SE NADVÁHOU ZABÝVAT ? .....</b>	<b>16</b>
3.1. NADVÁHA A ZDRAVÍ .....	16
3.2. VÝSKYT OBEZITY A JEJÍ NÁRŮST .....	17
3.3. NADVÁHA A POSTOJE SPOLEČNOSTI .....	19
3.4. PROŽITKY LIDÍ S NADVÁHOU .....	21
3.4.1. <i>Co je krásné?</i> .....	22
3.4.2. <i>Tělové schéma</i> .....	24
3.4.3. <i>Nespokojenost s postavou</i> .....	25
3.4.4. <i>Vliv médií</i> .....	28
3.4.5. <i>Život lidí s nadváhou</i> .....	29
3.4.6. <i>Deprese a úzkosti</i> .....	31
<b>4. JAK NADVÁHA VZNIKÁ .....</b>	<b>33</b>
4.1. ENERGETICKÁ BILANCE .....	33
4.1.1. <i>Energetický příjem</i> .....	33
4.1.2. <i>Energetický výdej</i> .....	34
4.2. JÍDELNÍ NÁVYKY .....	35
4.3. VLIV GENETIKY .....	35
4.4. ENDOKRINNÍ SYSTÉM .....	37
4.5. LÉKY .....	37
4.6. PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY VZNIKU NADVÁHY .....	38
4.6.1. <i>Hlad, apetit a chutě</i> .....	38
4.6.2. <i>Nadváha, emoce a nerozlišování potřeb</i> .....	42
4.6.3. <i>Odměna, trest a manipulace</i> .....	44
4.6.4. <i>Zajídání stresů</i> .....	46
<b>5. JAK NADVÁHU SNÍŽIT .....</b>	<b>48</b>
5.1. DIETY A HLADOVĚNÍ .....	48
5.2. FYZICKÁ AKTIVITA .....	50
5.3. FARMAKOTERAPIE .....	52
5.4. OPERACE .....	52
5.5. PSYCHOTERAPIE .....	54

<b>6. NADVÁHA A HLÍDÁNÍ HRANIC OSOBNÍHO PROSTORU .....</b>	<b>59</b>
6.1. PROSTOR.....	60
6.1.1. Teorie pole Kurta Lewina.....	60
6.1.2. Teritorialita.....	62
6.1.3. Teritorialita individuální.....	63
6.1.4. Osobní prostor.....	64
6.1.5. Obrana osobního prostoru.....	66
6.1.6. Osobní zóny.....	68
6.2. HRANICE OSOBNÍHO PROSTORU.....	71
6.2.1. Hranice osobního prostoru a souvislost s nadváhou.....	72
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.</b>
<b>1. ÚVOD K PRAKTICKÉ ČÁSTI.....</b>	<b>76</b>
<b>2. PŘEDCHOZÍ VÝZKUMY .....</b>	<b>78</b>
2.1. „PSYCHOBEZ“ .....	78
2.2. VÝZKUM DIPLOMOVÉ PRÁCE PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY NADVÁHY.....	79
2.2.1. Pojetí výzkumu.....	79
2.2.2. Výsledky.....	79
<b>3. VÝZKUM RIGORÓZNÍ PRÁCE.....</b>	<b>82</b>
3.1. VOLBA METODY.....	82
3.1.1. Sestavení dotazníku.....	82
3.1.2. Vyhodnocení dotazníku.....	83
3.2. VÝBĚR VZORKU.....	84
3.3. CHARAKTERISTIKY VZORKU .....	85
3.4. ZPRACOVÁNÍ DAT.....	91
3.4.1. Deskriptivní statistika.....	91
3.4.2. Položková analýza.....	92
3.4.3. Faktorová analýza.....	97
3.4.4. Dílčí výsledky a interpretace.....	100
3.5. VÝZKUM ČÁSTI VZORKU (ŽENY DO 40 LET) .....	104
3.5.1. Charakteristiky vzorku.....	105
3.5.2. Položková analýza (ženy do 40 let) .....	111
3.5.3. Faktorová analýza (ženy do 40 let) .....	114
3.5.4. Dílčí výsledky a interpretace.....	118
3.6. DISKUSE.....	121
3.7. NÁVRHY NA DALŠÍ VÝZKUM .....	129
<b>4. ZÁVĚR .....</b>	<b>CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.</b>
4.1. VÝSLEDKY POLOŽKOVÉ ANALÝZY.....	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
4.2. VÝSLEDKY KORELACE FAKTORŮ S BMI .....	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
<b>5. SOUHRN .....</b>	<b>135</b>
<b>6. PŘÍLOHY.....</b>	<b>137</b>
6.1. Dotazník k předvýzkumu.....	138
6.2. Dotazník k výzkumu .....	141
<b>7. POUŽITÁ LITERATURA .....</b>	<b>143</b>

## **Poděkování**

Děkuji zejména paní docentce Fraňkové za velkou podporu, ochotu a odvahu se vydat se mnou do neprobádaných oblastí. Dále děkuji Radkovi Bahbouhovi, Jirkovi Lukavskému a Lence Václavíkové za to, jak mě trpělivě prováděli taji statistiky.

Můj velký dík patří též paní doktorce Ivě Málkové za umožnění vstupu do svých kurzů snižování nadváhy, Martinovi Wagenknechtovi a Jitce Herlesové za nedocenitelnou pomoc při sběru dat. Též paní doktorce Hrachovinové, která mi naznačila, kudy se ubírat výzkumem dál.

Nakonec děkuji své rodině za podporu a prostor, který mi poskytli a tím mi uskutečnění této práce velmi usnadnili.

## **Teoretická část**

## Úvod

V dnešní době je nadváze a zejména obezité věnováno stále více pozornosti, jelikož si uvědomujeme jejich epidemický nárůst a zdravotní a další rizika, která s nimi souvisejí. Nadváha a obezita jsou nesporně fenomény, které lidstvo tíží a jejich narůstající výskyt je alarmující. Nejen vědci, lékaři, psychologové a další odborníci, ale i dietní průmysl a mnohdy i sami jedinci nadváhou trpící se snaží najít řešení, jak - a nejlépe jednou provždy - přebytečná kila odstranit a zajistit, aby se již nikdy nevrátila.

V této rigorózní práci, která je hlubším rozpracováním práce diplomové (Filasová 2005), se zaměříme zejména na osobnost jedince nadváhou trpícího. S čím se musí ve svém životě vypořádat, s jakými faktory jeho nadváha souvisí, které oblasti jeho života ovlivňuje, jaké jsou možné příčiny vzniku nadváhy a jsou-li nějaké možnosti nadváhu snížit.

V prvních dvou kapitolách („Pohled na nadváhu v historii lidstva“ a „Definice nadváhy a obezity“) je stručně shrnuta historie nadváhy a pohledy na obezitu v minulosti a v různých kulturách. Poté je uvedena definice nadváhy, obezity a jejich stupňů a také způsoby, jakými se měří včetně toho, jaké typy obezity se vyskytují.

Cílem třetí kapitoly („Proč se nadváhou zabývat ?“) je ukázat, že nadváha zdaleka není banální záležitostí. Je sledováno, jak nadváha ovlivňuje život jedince z hlediska zdravotního, společenského (předsudky, diskriminace) a zejména jaký má dopad na prožívání samotného jedince, tedy na jeho psychiku. Zde je zmiňován také obrovský tlak na štíhlost, který je součástí naší západní civilizace. Pojednává o vlivu médií, body image, tělovém schématu, o pojetí krásy a jejím spojování se štíhlostí a úspěšností a také o nespokojenosti s vlastním tělem, které z těchto fenoménů téměř zákonitě vyplývá. Cílem

této kapitoly je čtenáři nastínit, jaký je život obézního člověka a s čím vším se oproti jedinci s normální váhou musí vypořádat.

Ve čtvrté kapitole („Jak nadváha vzniká“) jsou nejprve krátce shrnuta hlediska, která jsou jako příčiny nadváhy běžně uznávána (nerovnováha mezi příjmem a výdejem energie, psychosociální faktory - vzdělání, nedostupnost určitých potravin atd. - jídelní zvyklosti, genetické faktory, endokrinní systém a užívání určitých léků) a dále je zejména pojednáváno o individuálních psychologických faktorech. Jsou hledány souvislosti mezi nadváhou a emočním prožíváním, rozlišováním potřeb, zvládáním stresů, pocity vnitřní nenaplněnosti. Také se podíváme, jakou roli jídlo v životě obézního člověka přebírá (na základě nerozlišování emočních potřeb v dětství či jako činitel výchovné metody „odměna - trest“).

V páté kapitole („Jak nadváhu snížit“) jsou uváděny dnes nejvíce používané metody ke snižování nadváhy (od diet a fyzické aktivity přes farmakoterapii a operaci po psychoterapii).

Na tuto kapitolu navazuje kapitola šestá („Nadváha a koncept hranic osobního prostoru“), která si klade za cíl zmapovat souvislost mezi hlídáním si hranic osobního prostoru a nadváhou. Téma, které jsme se rozhodli zpracovat, se týká problematiky „hranic“, kde hranice je definována jako *ohraničení psychologického prostoru, který jedinec ve vztahu k jinému jedinci považuje za svůj vlastní, a pokud mu jej druhý jedinec naruší, pociťuje stres či jiný typ psychické nepohody. Hranice jsou ve vztahu k různým lidem odlišné.*

V diplomové práci jsme si kladli otázku, zda existuje určitá souvislost mezi takto definovanou hranicí a nadváhou. Je-li možné, že pokud někdo nechá druhé, aby mu zasahovali do jeho životního prostoru a nepostaví se za sebe, zda ochranu za něj převezme jeho tělo (postaví kolem sebe hradbu ve formě tukového polštáře). Jistá souvislost se potvrdila, ale jelikož v našem



vzorku nebyl dostatek jedinců skutečně obézních, rozhodli jsme se náš vzorek o jedince s vyšším stupněm obezity rozšířit.

Cílem rigorózní práce je tedy předpoklad souvislosti mezi nadváhou a nechráněním hranic osobního prostoru více zmapovat a rozvinout. Opět byl použit dotazník, kterým jsme získali data pro diplomovou práci a byl rozdán morbidně obézním ženám, které mají zájem o bandáž žaludku na klinice ISCARE v pražském Lighthouse. Tato data byla přidána k původním a znovu a odlišně statisticky zpracována.

## 1. Pohled na nadváhu v historii

Nadváhu, která je nejčastějším metabolickým onemocněním dneška, řadíme k tzv. civilizačním chorobám, které charakterizují zejména druhou polovinu 20. století. Její výskyt souvisí se změnami životními podmínkami a se změnou životního stylu, kterou vývoj lidské společnosti přináší.

Historie nadváhy je možná stará jako lidstvo samo, ovšem náhled na ni se mění jak v odlišných obdobích, tak v různých civilizacích. Četné archeologické nálezy z rozličných míst Evropy dokládají, že obezita se vyskytovala již v éře paleolitu, před více než 25 tisíci lety. Svědectví o našich obézních předcích nacházíme zejména v umění – sochy, obrazy a literatura je nejen zobrazuje, ale ukazuje i jejich postavení ve společnosti (Hainer et al., 1996; Hainer a Kunešová, 1997). Soška Věstonické Venuše z jižní Moravy je dokladem výskytu otylosti na našem území již v prehistorické době. Na této sošce jsou zvýrazněny především ty části ženského těla, které souvisí s mateřstvím, tedy nadra, břicho a boky (Morris, 2006).

Od dob Věstonické Venuše se pohled společnosti na ideál lidské krásy, a tím i na otylost, značně změnil. Lipovetsky uvádí, že důraz na tělesný vzhled a fyzickou krásu umožnil až vznik třídní společnosti. V tomto období vznikla vrstva bohatých, která nemusela pracovat, měla tedy čas i prostředky starat se o svůj zevnějšek (Lipovetsky, 2000). S rozvojem civilizace pozorujeme ve světě v průběhu 20. století současně s nárůstem výskytu obezity vyznávání ideálu štíhlosti, které vrcholí v 60. letech, kdy symbol krásy představuje vychrtlá anglická modelka Twiggy. Ta hmotností 41 kg při výšce 170 cm odpovídá pacientce s mentální anorexií (index tělesné hmotnosti 14,19).

Od dob antiky nám náhled na otylost a ideální váhu doplňují i názory různých lékařů. Např. Hippokrates zdůrazňuje, že náhlé úmrtí postihuje častěji lidi otlé než ty, kteří mají přiměřenou hmotnost. Galén a Avicenna podávají návody k léčbě otylosti. Mistr Havel ze Strahova, osobní lékař Karla IV., vypracoval pro svého vladaře systém životosprávy, v němž mu doporučuje střídmost v jídle a pití. V roce 1727 se Thomas Short zamýšlí nad původem obezity a poukazuje na to, že ti, kteří nezřízeně holdují jídlu a pití, mnoho spí a lenoší, mají pěkně „vypasená“ těla. Obézní jedinec podle Shorta nese odpovědnost za své „hříchy“. Obezita je nejen nezdravá, ale v určitém smyslu i amorální, protože je výsledkem neschopnosti sebekontroly obézního jedince. Již počátkem 18. století je tedy zdůrazňován význam chování obézního jedince, aspekt, který se v současné době stává základem behaviorální léčby obezity.

V roce 1760 je díky Malcolmůvi Flemyngovi zmíněna možná úloha dědičných faktorů obezity, která je potvrzována komplexními výzkumy až v současnosti. O čtrnáct let později A. Lavoisier definuje zákony termodynamiky, vypracovává metodu kalorimetrie a poukazuje na význam spalování živin. V roce 1850 T. L. Chambers vypracovává kritéria pro hodnocení nadváhy srovnáním s normou získanou vyšetřením zdravých lidí. Obezitu charakterizuje jako zvýšené ukládání tuku v důsledku pozitivní energetické bilance. K léčbě doporučuje stravu o nízkém obsahu tuku a procházky. Jako „nebezpečné“ potraviny jsou vyhlášeny tuk a později též cukr. V roce 1879 je vyroben sacharin jako první náhražka cukru (Hainer a Kunešová, 1997).

Dvacáté století je svědkem exploze redukčních diet. Od nízkotučných sacharidových diet, přes dietu grapefruitovou, hollywoodskou, vajíčkovou, oblíbenou bezsacharidovou dietu Atkinsonovu až po dělenou stravu Fit for life, neboli „zvířátka a kytičky“ Jitky Kořínkové. Mnohé z těchto diet jsou však nevyrovnané z hlediska obsahu základních živin. Na základě této

vytvářené nerovnováhy vzniká spousta dietních doplňků, které mají tuto jednostrannost vybalancovat. 20. století je ve znamení dietní mánie.

Přesto nejen v civilizovaných zemích narůstá výskyt obezity, a to i u dětí a dorostu. Zdravotní a socioekonomický dopad obezity a jejích komplikací je dokumentován řadou studií.

Od 60. let se stává nedílnou součástí léčby obezity behaviorální přístup, který předpokládá změnu chování ve smyslu úpravy životosprávy jedince. Na sklonku 20. století se objevují moderní farmaka, která příznivě ovlivňují jak redukci nadbytečných tukových zásob, tak i zdravotní rizika obezity provázející. Důležitou metodu v léčbě těžkých stupňů obezity představuje koncem století moderní chirurgická léčba (Hainer et al., 1996; Hainer a Kunešová, 1997).

## **2. Definice nadváhy a obezity**

### **2.1. Definice stupně nadváhy a obezity**

Obezita neboli otylost je definována množením tuku v organismu. Fyziologický podíl tuku je vyšší u žen, kde se pohybuje v rozmezí 15 - 30%, u mužů je přípustné rozmezí 12 - 25%. Rozmezí jsou takto široká, jelikož podíl tuku v těle stoupá s věkem; u žen navíc stoupá v době těhotenství. Tuk je fyziologickou zásobárnou energie pro organismus. V těle dospělého člověka o normální hmotnosti je kolem 20% tuku (cca 15 kg), který představuje 570 MJ energetických rezerv, což je energetická zásoba postačující na pokrytí denního energetického výdeje po dobu dvou měsíců.

Obezitu charakterizuje zvýšení podílu tělesného tuku nad 25% tělesné hmotnosti u mužů a 30% hmotnosti u žen. „Množství tuku může být zvýšeno jako důsledek znásobení počtu tukových buněk (hyperplastický typ), anebo počet tukových buněk zůstává zachován, ale zvětšuje se jejich velikost (hypertrofický typ)“ (Ruiz, 2001).

Vzhledem k tomu, že kvantitativní stanovení procenta tuku a beztukové tkáně není běžně dostupné, používá se někdy k hodnocení stupně nadváhy tabulek, které udávají pro danou výšku a pohlaví přípustné rozmezí hmotnosti, popř. i hmotnostní hranici definující obezitu.

Mnohem častěji se však k vyjádření stupně nadváhy používá indexu tělesné hmotnosti BMI (z anglického body mass index), který definoval v 19. století A. Quetelet. BMI se vypočítá tak, že hmotnost vyjádřená v kilogramech se vydělí druhou mocninou výšky, která je vyjádřena v metrech ( $\text{kg/m}^2$ ). Např. BMI dospělé ženy, která váží 60kg a měří 160 cm se vypočítá:

$$\text{BMI} = 60 \text{ (kg)} / 1,6 \text{ (m)}^2 = 60 / 2,56 = 23,44$$

BMI přesně neodráží podíl tuku a beztukové hmoty. Při stejném BMI mají větší podíl tuku ženy než muži a lidé starší než mladší. Etnické rozdíly se projevují např. u Polynésanů, kteří mají oproti bělochům menší podíl tuku při stejném BMI. U sportovců provozujících silové sporty (vzpěrači, kulturisté) vzestup BMI odráží vyšší procento svalové hmoty, nikoli tuku. To jsou však většinou výjimky, většina lidí s BMI > 30 má obvykle nadměrné tukové zásoby.

Přes řadu výhrad můžeme na základě BMI určit zdravotní rizika, která jsou s obezitou spojena. Při BMI > 25 hovoříme o nadváze, která obvykle vážnější zdravotní rizika nepředstavuje. Vzestup BMI nad 27 však již k určitému nárůstu mortality vede.

Od BMI 30 hovoříme o obezitě I. stupně (BMI = 30-34,9) nebo II. stupně (BMI = 35-39,9), kde se vyskytuje vysoké riziko zdravotních komplikací. Při BMI větším než 40, tj. u obezity III. stupně, hovoříme o těžké neboli morbidní obezitě, která je spojena s velmi vysokými zdravotními riziky. „Ve srovnání s běžnou populací, úmrtnost ve skupině morbidně obézních mužů je třikrát vyšší a u mladších dospělých je zase nejvyšší riziko smrti pramenící ze zdravotních komplikací, které obezitu provázejí“ (Thompson, 1996).

## **2.2. Obezita mužská a ženská**

Muži bývají častěji postiženi obezitou *viscerální* neboli *androidní*, která je charakterizována hromaděním tuku uvnitř břicha a je spojena s větším výskytem metabolických a kardiovaskulárních komplikací. Tato obezita bývá vzhledem k hromaděním tuku v oblasti hrudníku a břicha označována jako obezita tvaru jablka.

U žen se častěji zmnožuje podkožní tuk, a to zejména na hýždích a stehnech. Zde hovoříme o obezitě *gynoidní*, která je charakterizována distribucí tuku jako obezita typu hrušky. Tato obezita nebývá spojena s větším výskytem kardiovaskulárních a metabolických komplikací.

Dříve býval indikátorem rizikové viscerální obezity poměr pas/boky u žen větší než 0,85 a 1,0 u mužů. Dnes se jako vhodnějším ukazatelem metabolických a kardiovaskulárních rizik u obezity ukazuje obvod pasu. U žen vzniká riziko při obvodu pasu 80 cm, u mužů je důvodem k obavám obvod pasu 94 cm a při 102 cm je pravděpodobnost výskytu kardiovaskulárních a metabolických komplikací velmi vysoká (Hainer a Kunešová, 1997).

### **3. Proč se nadváhou zabývat ?\***

„Kdysi běhal Homo sapiens za mamutem a měl jen jedinou starost – jak si co nejlépe obalit žebra tukem, aby přežil. Sotva se najedl, natáhl se, aby neztratil ani trošičku drahocenné energie. Dnes diskutují vědci a lékaři na celém světě o tom, jak zredukovat tuky, aby lidstvo nevymřelo“ (Stunz, 2000).

Obezita představuje jednu z globálně nejzávažnějších zdravotních komplikací a v současné době postihuje cca 310 miliónů lidí (oproti 600 miliónu lidem, kteří trpí hladem). V roce 2000 Světová zdravotnická organizace (WHO) označila obezitu za problém, který nejvíce ohrožuje zdraví západní společnosti. Body mass index (BMI) se ukázal jako nejefektivnější prediktor úmrtnosti a je hojně využíván pojišťovacími společnostmi (Speakman, 2004).

Zatímco se průmysl snaží nahradit kalorie v potravě vzduchem a vodou, je svět těžší a těžší. Člověk dnes váží v průměru o 10 kg více, než před 100 lety. Od roku 1960 se počet osob s nadváhou zdvojnásobil (Stunz, 2000).

Studium obezity navíc značně komplikuje široká komplexnost tohoto jevu – obezita zahrnuje interakci fyziologických, genetických, psychologických, sociálních, kulturních, environmentálních a navíc i interindividuálních faktorů (Clarc a Goldstein, 1996).

#### **3.1. Nadváha a zdraví**

Již bylo zmíněno, že zejména androidní typ obezity je ze zdravotního hlediska značně nebezpečný. Pokusíme se o výčet

---

\* Ačkoli nadváha a obezita jsou z odborného hlediska termíny označující konkrétní pásma BMI, pro zjednodušení si dále dovolíme používat termín nadváha obecně pro hmotnost vyšší než normální.



nejčastějších onemocnění s nadváhou či obezitou spojovaných. Obezita je zde faktorem, který onemocnění buď způsobuje, nebo výrazně přispívá ke zhoršení jeho průběhu:

- **Kardiovaskulární komplikace** (angina pectoris, ischemická choroba srdeční, srdeční infarkt, vzestup krevního tlaku atd.)
- **Metabolické komplikace** (non-inzulín-dependentní diabetes mellitus, poruchy metabolismu lipoproteidů, hyperurikémie známá jako dna atd.)
- **Endokrinní komplikace** obezity (poruchy menstruačního cyklu, amenorea, poruchy ovulace atd.)
- **Gynekologické komplikace** (poruchy menstruačního cyklu, amenorea a infertilita, rizika během těhotenství atd.)
- **Nádory** (u mužů karcinom prostaty a kolorektální karcinom, u žen karcinom ovarií, děložního hrdla, prsu a žlučových vod)
- **Respirační poruchy** (pokles respiračního reziduálního objemu a pokles funkční reziduální kapacity plic, snížení jejich vitální kapacity)
- **Ortopedické komplikace** (trombóza žil dolních končetin, osteoartróza, kolenních a kyčelních kloubů a vertebrální změny)
- **Kožní komplikace** (ekzémy, mykózy) (Hainer, Kunešová 1997)

### 3.2. Výskyt obezity a její nárůst

Prevalence obezity stoupá alarmujícím tempem nejen v rozvinutých zemích (v USA trpí nadváhou 55% občanů, v Kanadě, Austrálii a Evropě v posledním desetiletí stoupla prevalence obezity o 6-10%, přičemž např. v Anglii se mezi lety 1980-1990 počet obézních zdvojnásobil na 16% populace a tento růst pokračuje (Chopra et al., 2002)), ale v poslední době i v zemích

rozvojových, které současně s ekonomickým rozvojem přebírají i zvyklosti západní civilizace včetně jídelníčku, rozvoje individuální dopravy a TV mánie (Hainer a Kunešová, 1997). Obezita v dnešní době již není fenoménem spojeným pouze s bohatšími částmi světa, ale bohužel také epidemicky narůstá v rozvíjejících se zemích východní Evropy (Knai et al., 2004). Výrazné politické změny, které proběhly v zemích východní Evropy, vytvořily nové ekonomické a sociální prostředí, se kterými se řada lidí těžko vypořádává, což u nich vede k obezitě (Brázdová, 2004).

Prevalence obezity v Evropě dosahuje 10-20% u mužů a 10-25% u žen. Nejvyšší výskyt obezity zaznamenáváme ve střední a východní Evropě, kde se nadváha (BMI > 25) vyskytuje u více než 50% dospělé populace (Hainer a Kunešová, 1997).

Zatímco v rozvojových zemích lze pozorovat větší procento obezity v městských aglomeracích, v Evropě je obvykle vyšší u venkovské populace. U nás jsou bezpochyby alarmující výsledky studie MONICA provedené v roce 1996 v benešovském okrese. U populace ve věku 34-74 let byla zjištěna obezita u 40% žen a téměř 30% mužů. Na vysokém výskytu obezity u venkovské populace se podílí fakt, že společenský tlak jednak neovlivňuje zakořeněné jídelní návyky a na venkově se navíc dosud konzumují tučné masné a mléčné výrobky a vejce. Dostatečná nabídka nízkotučných potravinářských výrobků většinou chybí (Hainer a Kunešová, 1997). Na druhou stranu je třeba si uvědomit, že tato situace se v současné době mění např. v souvislosti s obrovským boomem supermarketů, které jsou nyní dostupné i lidem žijícím v menších městech a na vesnicích, a jejichž nabídka potravin je širokospektrální.

Vliv příjmu potravy a fyzické aktivity na obvod pasu byl zkoumán u 3053 Čechů našimi předními specialisty v Endokrinologickém institutu v Praze. Výsledky ukázaly, že ve skupině nejobéznějších (pas mužů  $\geq 101$  cm, žen  $\geq 93$  cm) se

výrazně častěji vyskytovala konzumace červeného a tučného masa, brambor, knedlíků, koláčů a časté pití piva. Naopak vysoká konzumace rýže, sušenek, zmrzliny, cereálií a pití ovocných džusů, lehkých nápojů a vína umožnila jejich konzumentům zařadit se do kategorie s nejnižším obvodem pasu (muži  $\leq 82$  cm, ženy  $\leq 70$  cm) (Kunešová et al., 2004).

V rozvinutých zemích se obezita častěji vyskytuje u lidí s nižším vzděláním a s nižším finančním příjmem; častěji na venkově než ve městě. Rozdíl v tělesné hmotnosti mezi městem a venkovem – zejména u dětí – potvrzuje i docentka Fraňková, která při svých výzkumech opakovaně naráží na potíže sehnat dostatečné množství tlustých dětí v Praze a naopak štíhlých na venkově (Fraňková, 2005).

S opačnou situací se setkáváme v rozvojových zemích, kde jídelní a pohybové návyky západní civilizace ovlivňují městskou populaci dříve než populaci venkovskou. Se zlepšujícím se ekonomickým postavením města v rozvojových zemích stoupá konzumace potravin živočišného původu oproti tradičním potravinám rostlinného původu (Hainer, Kunešová, 1997).

### **3.3. Nadváha a postoje společnosti**

Zatímco nadváha je klíčovou záležitostí pro mnoho jednotlivců, stále více se stává i sociálním problémem. Četné analýzy, které se zabývají nadváhou jakožto veřejným zdravotním problémem, tvrdí, že naše společnosti trpí doslova epidemií obezity a poruch příjmu potravy (Van't Hof a Nicolson, 1996; Jeffrey a French, 1998; Rippe, 1998 in Sobal, 1999). Oproti tomu tělesné hmotnosti, jakožto sociálnímu problému, se věnuje méně pozornosti, než by si zasloužila a mnoho otázek zůstává nezodpovězeno (Sobal, 1999).

Společenské posuzování obezity je výrazně poplatné kulturním a jiným (např. náboženským) tradicím společnosti.

Nejde přitom jen o hodnocení jedince z hlediska „ideálu krásy“, ale i z hlediska společenského postavení, zdravotního stavu, mentálních schopností, fyzické výkonnosti apod. Západní společenství zaujímají vůči obezitě postoje, který lze označit jako „anti-fat racism“ (rasismus namířený proti obézním) (Hainer a Kunešová, 1997). „Téměř každý obézní člověk západní společnosti by mohl říci, že obézní osoba čelí vysokému stupni sociální diskriminace, která je v každém svém kousku stejně hrozná, jako vlastní zdravotní důsledky tloušťky“ (Allison, 1995).

Obézní jsou velice často považováni za méněcenné jak z hlediska fyzické atraktivity, tak i z hlediska osobnosti a profesionálních kvalit. Často se dnes setkáváme s požadavky firem na vzhled svých zaměstnanců. Atraktivita je často jedním z kritérií zejména diskriminace žen na pracovišti a je důležitým předpokladem pro úspěch v zaměstnání (Fialová, 2006). Podle výzkumu amerického autora Allisona - obézní mají nižší platy a méně finanční podpory od rodičů během studií, je pro ně složitější získat zaměstnání či profesně postoupit a mají menší šanci pronajmout si bydlení (Allison, 1995). Otázkou je, zda toto zjištění lze zobecnit i na naši populaci, nebo se jedná o parametry, které platí jen pro určitá společenství (jako např. USA).

Nárůst obezity se týká také mládeže a dětí poměrně raného věku. Počet dětí s nadváhou ve věku 4-5 let se v posledních deseti letech zdvojnásobil (Fraňková, Odehnal a Pařízková, 2000). Obezita dětí předškolního věku je spojována s přisuzováním negativních vlastností jako je lhářství, hloupost, lenost, nečistotnost apod. „Takové hodnocení není časté pouze ze strany spolužáků a pedagogů, ale nezřídka i ze strany vlastních rodičů a dokonce i dětí samotných“ (Hainer a Kunešová, 1997).

Též během adolescence se obézní setkávají s řadou posměšků a legrácek ze strany jejich okolí, které vedou ke snižování jejich již beztak malého sebevědomí (Barker et al., 2004).

### **3.4. Prožitky lidí s nadváhou**

Každý, kdo se hlouběji problematikou obezity zabývá, rychle zjistí, že utrpení postiženého je opravdu veliké. Kdyby šlo pouze o nedostatek motivace, jak se domnívá mnoho lidí včetně zdravotníků, její tlak by byl u většiny postižených dostačující k tomu, aby dosáhli potřebné redukce hmotnosti.

U obézních se experimentálně prokázala zvýšená závislost na vnějších potravinových vjemech, poruchy pocitu sytosti a hladu a přejídání jako reakce na stres (emocionální zátěž, hněv, konflikt, nuda - až ve 30%). Obezita vede ke zhoršení kvality života, která se projevuje stresy a úzkostí dokonce ve větší míře, než u osob trpících revmatickou artritidou nebo diseminací nádorového onemocnění (Hainer a Kunešová, 1997). Pro osobnost obézního pacienta je charakteristická zvýšená zranitelnost a neschopnost prosadit se normálním způsobem ve společnosti (Jiráček, 1996 in Pelcák, 1999).

Jelikož obezita se ve většině případů stává chronickou záležitostí, která se během života po opakovaných pokusech zhubnout navrací, je spojena se silnými psychologickými a behaviorálními faktory, které její průběh silně ovlivňují (Berish, 2006).

Mnoho obézních dětí trpí pocitem méněcennosti a mnohé psychické problémy, které mají dospělí obézní jedinci, trápí dnes již děti v předškolním věku. Bylo prokázáno, že u lidí, kteří byli obézní v dětství, se v pozdějším věku častěji projevují psychiatrická onemocnění (Fraňková, Odehnal a Pařízková, 2000).

### 3.4.1. Co je krásné?

Krása zdaleka nepatří mezi snadno definovatelné pojmy. Co se líbí jednomu, nemusí připadat krásné druhému; co je obdivováno v Evropě, nedojde žádného ocenění v Japonsku atd. Co je považováno za krásné se mění i s dobou: „Rubensem zbožňovaná Helena Fourment, která ve své době byla považována za jednu z nejkrásnějších dívek, je podle dnešních standardů obézní“ (Szmukler a Dare, 1997).

Proč vlastně lidé touží po kráse? Aristoteles na tuto otázku odpověděl: „Na tuto otázku dokáže odpovědět každý, kdo není slepý“ (Etcoffová, 2002). Být krásný je v naší společnosti považováno za důležité a krása nezřídka bývá v úzkém spojení s úspěšností „Co je krásné je dobré“ (Dion et al., 1972 in Grogan, 2000).

Pokud chceme posuzovat, co je krásné a co nikoli, musíme vycházet z nějaké normy, z nějakého ideálu. Ideál není konstantní ani v místě, ani v čase. Co bylo považováno za krásné v baroku, může dnes v mnohých lidech vzbuzovat nechut a naopak.

Ideály se mění, ale jakýsi „princip ideálu“ přetrvává. Podle Hartlova slovníku: „ideál je představa něčeho dokonalého, co je v psychologii dáno normami chování“ (Hartl, 1994). Ideál se pro nás stává jakousi normou, podle které se snažíme chovat, tedy napodobit ji.

Jaký je vlastně dnešní ideál krásy? Krch píše: „Nově vznikající ideální normy bývají nevšimavé ke zvláštnostem různých lidí a k podmínkám, ve kterých žijí. Pod jejich sugestivním vlivem připomínají někteří svým vzhledem sériové výrobky nebo karikatury“ (Krch, 1999). To ovšem nic nemění na faktu, že mnoho lidí se je snaží napodobit, a tak např. ženy různých věkových kategorií jsou dnes a denně konfrontovány s počítačově upravovanými fotografiemi, plakáty a jinými

reprezentacemi uniformně vychrtlých mladých dívek, které jsou natolik sériové, že někdy ani nelze rozeznat jednu od druhé. A přestože toto všechno, jak praví Grogan, „je většinou žen naprosto jasné a srozumitelné, stejně nakonec poté, co vyjmenují všechny nevýhody a zápory uniformní štíhlosti, prohlásí, že by rády takto vypadaly“ (Grogan, 2000).

Tento fenomén Grogan dokládá na studii, kterou provedly N. Charlesová a M. Kerrová v roce 1986, které s využitím techniky polostrukturovaných rozhovorů hovořily s 200 britskými ženami o spokojenosti se svojí tělesnou hmotností a vzhledem. Uvádíme několik citátů, které Grogan zahrnula mezi reprezentativní výpovědi o modelkách nebo-li dnešním ideálu krásy dotazovaných žen:

*„Je mi z nich nanic. Jsou moc hubené. Ale udělala bych cokoli, abych měla takovou postavu“ (25 let)*

*„Nechtěla bych vypadat jako některé z nich. Ale myslím si, že Naomi a Claudia Schifferová a tak... To mi připadá dosažitelné. Samozřejmě, chci říct, že je jasné, že člověk nemůže vypadat tak mladě a mít takové krásné vlasy a to všechno. Ale člověku je z nich úplně nanic, nemyslíte? (Směje se.) Proč ona ano, a já ne?“ (35 let)*

*„Vůbec se mi nelíbí přehnaně štíhlá postava. Chci říct, že by mi vadilo tak vypadat. Ale dívám se na některé štíhlé modelky s hezkou ženskou postavou a říkám si, že by bylo hezké vypadat jako ony.“ (43 let) (Grogan, 2000)*

Naše vlastní tělo a to, jak ho vnímáme, je nedílnou součástí obrazu našeho světa. Jestli si připadáme hezcí, oškliví, štíhlí nebo tlustí, není ani tak založeno na „realitě“, jako na postojích našich rodičů, vrstevníků a kulturním

prostředí se svými ideály, ve kterém se nacházíme. Jádrem tohoto imaginárního obrazu vlastního těla tvoří více či méně jasná představa o jeho dokonalém tvaru, která je většinou poplatná existující představě o tom, co je a co není krásné. Dnes je krása vyjadřována v kilogramech tělesné váhy a v kritických proporcích. „Pokud mám 52 kg a míry 90-60-90, pak jsem krásná. Po rafinovanosti ženské krásy – a o kráse duše ani nemluvě – již dnes není ani památky. Zůstala kila, faldy a špeky“ (Krch a Málková, 2001).

A proč to všechno? Důvodů bude jistě více, nás zaujal tento názor: „Mýtus krásy vždy přináší nějaký ideál tělesné krásy a nutí ženy, aby se tomuto ideálu podřídily. Vlastnosti tohoto ženám předkládaného ideálu krásy jsou považovány za krásné, ve skutečnosti ale tyto vlastnosti symbolizují pouze určitý způsob chování žen, jež je pro dané období žádoucí. Ženy pod vlivem ideálu tento způsob chování přebírají, a tím zůstávají pod nadvládou mužů...“ (Wolf, 2000).

### **3.4.2. Tělové schéma**

Součástí identity každého jedince je jeho tělo, přesněji řečeno jeho představa o vlastním těle – tělové schéma. Tělové schéma není jen mentálním obrazem, ale zahrnuje i hodnotící složku, postoj, který vychází z kognitivních schémat a emočního zpracování příslušných informací (Vágnerová, 1999).

Člověku se vlastní tělo může jevit jinak, než jaké doopravdy je. To je důsledkem subjektivního zkreslení, které zahrnuje celkový vztah k sobě samému. Někteří lidé vnímají svoje tělo jako mohutnější, než je ve skutečnosti. Nejedná se však o poruchu vnímání, protože postavu manekýna tyto lidé hodnotí přesně. Představa vlastního těla může být zkreslena emocionálně,



obavami nebo přáními – člověk se vidí takovým, jakým si přeje být, nebo naopak jakým se obává, že je (Vágnerová, 1999).

Zkreslení může probíhat oběma směry – můžeme si připadat více či méně při těle, než ve skutečnosti jsme. Např. v Íránu, kde 40,7% dospělých žen má nadváhu, panuje běžný systém přesvědčení, že muži dávají přednost „oplácanějším“ ženám, což má vliv zejména na to, jak ženy vnímají svou postavu. Ukázalo se, že více než 36% žen s nadváhou a 45% obézních žen podhodnotily své váhové pásmo. Zároveň 33% žen s podváhou předpokládalo, že jejich manžel jejich váhu bude pokládat za normální. Obdobné podceňování vlastní váhy se vyskytuje také u žen ve Španělsku, Maroku a Saudské Arábii, což dokládá, že vnímání těla je ovlivněno sociálními a kulturními faktory (Sotoudeh a Khosravi, 2008).

Určitá představa vlastního těla přetrvává i tehdy, když se tělo reálně změnilo a už této představě neodpovídá. Například dívka, která byla během celého dětství obtloustlá a všichni jí to připomínali, se považuje za tlustou i v době, kdy vyrostla a zeštíhlela (a nikdo jí už nic takového neříká). Tělo se může změnit, ale pokud k němu člověk nezmění svůj postoj, nemá taková změna větší význam (Vágnerová, 1999).

### **3.4.3. Nespokojenost s postavou**

Současný nerealistický ideál krásy ke spokojenosti se svým tělem nepřispívá a naše vnímání těla často nebývá o mnoho optimističtější. „Svou pozornost často soustředujeme jen na některé (kritické) kvality a proporce“ (Krch a Málková, 2001). Negativní hodnocení a neuspokojení s určitou tělesnou proporcí často vedou k zobecnění a odmítání celého těla, se kterým se pak zachází ještě více macešsky: „Je jedno, jestli se upravím, když

jsem stejně odporně tlustá a mám ohavný zadek" (Krch a Málková, 2001).

Je těžké dobře pečovat o něco, co člověk nemá rád a čeho si necení. Pro ženu je takřka nemožné působit jako krásná a sexy, když si připadá tlustá a ošklivá. Trpí tím vztahy, sexuální život a někdy i zdraví (Dixonová, 1997). Navíc máme tendenci ignorovat nebo podhodnocovat všechny kladné aspekty našeho zevnějšku. Jak se s nimi cítíme dobře, nevšímáme si jich a nemyslíme na ně (Raich, 2000).

Někteří lidé, když se přestanou sami sobě líbit, přestanou o sebe dbát. Nespokojenost s tělem posiluje výhrady k vlastní osobě a přenáší se i do jiných oblastí osobního života, tělesného a psychického zdraví. Výzkumy Krcha a Málkové potvrdily existenci úzkého vztahu mezi tělesnou nespokojeností, nízkým sebevědomím, úzkostností a pocity společenské nedostatečnosti (Krch a Málková, 2001).

Lidé, kteří mají nadváhu (nebo si to o sobě myslí), snadno docházejí nejen k závěru, že jejich těla jsou ošklivá, ale že na nich samých není nic, co by se snad mohlo někomu líbit. Čím déle trvá nadváha nebo jejich představa o ní, tím pevněji se zakoření v negativních postojích a hodnocení těla i vlastní osoby. Důsledkem může být ztráta posledních zbytků sebevědomí a chuti do života. Klesá zájem o okolí, ubývá kontaktů a aktivity. Vytváří se tak prázdný životní prostor, který nakonec zaplní sebelítost a jídlo. Zejména ženy vnímají tělesnou tloušťku jako významný společenský handicap a pocit nadváhy dokáže zhoršit kvalitu jejich života (Krch a Málková, 2001).

Je skutečně důležité uvědomit si, že hovoříme o tom, jak se dotyční lidé vnímají a co si o sobě myslí - nikoli o tom, jací ve skutečnosti jsou. „Různé studie přesvědčivě prokázaly, že nespokojenost s tělem žádným logickým způsobem nesouvisí se skutečnou velikostí těla, vyjádřenou indexem tělesné hmotnosti. To vedlo vědce k závěru, že způsob vnímání a prožívání vlastního

těla je subjektivní a je otevřený působení společenských vlivů" (Grogan, 2000).

Toto tvrzení podporuje i „screening jídelního chování u vysokoškolských studentů“, který provedli T. Hrachovinová, L. Csémy a E. Bidlová. Výzkumný soubor tvořilo 430 VŠ studentů 1. a 2. ročníku (169 mužů a 261 žen), jejichž průměrný věk činil 20 let a průměrný BMI žen  $21 \pm 2,3$  a mužů  $22,3 \pm 2,3$ . Přestože BMI žen bylo spíše na spodní hranici normy (normální BMI se pohybuje v rozmezí 20 - 25), třetina studentek si přála zhubnout o více než 5 kg (ze studentů pouze 11%). Třetina studentů naopak chtěla svou hmotnost zvýšit (také o 5 kg a více) oproti 1,6% studentek. „Lze shrnout, že tři čtvrtiny našich respondentů nejsou spokojeni se svým tělem a přejí si změnit svoji hmotnost, i když celkový průměrný BMI je v pásmu normy“ (Hrachovinová, Csémy, Bidlová, 2002).

Obdobné závěry přinesla i studie provedená mezi korejskými středoškolskými dívkami. Z 266 v průměru šestnáctiletých dívek, 74% mělo normální váhu, 23% podváhu a jen 3% bylo v pásmu nadváhy. Při tom u 174 z nich (65%) se ukázalo, že v současné době praktikovaly nějakou metodu kontroly své váhy. Nejsilnější kontrolní mechanismy se ukázaly u dívek s normální váhou a u těch, které byly nespokojené s tvarem své postavy (Kim, 2005).

Mezi faktory, které zřejmě nejpresněji predikují spokojenost s vlastním tělem, lze počítat negativní společenskou zkušenost, nízké sebevědomí a pocit malé kontroly nad vlastním životem (včetně pocítovaného nedostatku kontroly nad vlastním tělem) (Grogan, 2000).

Nespokojenost s vlastním tělem u obézních jedinců též vede ke snížené kvalitě sexuálního života. „Obézní jedinci vykazují signifikantně vyšší stupeň nespokojenosti s vlastním tělem a daleko více se vyhýbají příležitostem ukázat se v průběhu sexuálních aktivit“ (Lázaro et al., 2004).

#### 3.4.4. Vliv médií

Psychologové soudí, že média mohou ovlivnit tělesné sebeocení mužů a žen, protože se stávají měřítkem, z něhož vycházejí nepříznivá hodnocení naší postavy. Tlaku médií jsme vystavováni všude, kam se podíváme. Na ulicích nás bombardují vyhublé krásy z billboardů a z pultů s časopisy. Do našich domácností se dostávají prostřednictvím televizních obrazovek. A jaké že tyto mediální vzory jsou? M. Vágnerová píše: „Mediálně prezentovaný vzor je velice blízký prepubertálnímu vzezření. Krasavice je hubená, nohatá, bez boků a stehů. Mediální produkce ruší hranici mezi fikcí a skutečností, mezi normou a extrémem. Modelky a herečky jsou akceptovány jako představitelky normy, i když jsou pouze určitou populační krajností“ (Vágnerová, 1999).

V naší společnosti jsou ženy daleko více než muži hodnoceny podle toho, do jaké míry odpovídají idealizovanému obrazu krásné ženy vytvořeného naší kulturou; to rovněž určuje jejich sebevědomí (Renzetti a Curan, 2005). Dívky, které se staly v letech 1979 - 1988 Miss Ameriky, byly 13 - 20% pod váhou odpovídající standartu. Paradoxní je, že zatímco průměrné dívky jsou čím dál větší a víc váží, ideál krásy je čím dál štíhlejší, a proto je aktuální mediálně prezentovaný vzor krásy pro většinu dívek nedostupný. Přes to všechno o něj dívky i ženy usilují, protože současná sociokulturní norma vymezuje krásu, resp. štíhlost jako úkol, který je třeba zvládnout.

Zatím jsme mluvili o ženách a dívkách, to však zdaleka neznamená, že muži jsou z tlaku médií vyloučeni. Od 80. let se v reklamách daleko více objevuje i mužská postava. Muži, kteří v reklamách vystupují, na rozdíl od žen nejsou vyhublí, leč jsou mladí, štíhlí a mají svalnatou postavu. V důsledku toho se i muži ocitají pod zvýšeným tlakem, aby byli štíhlí a svalnatí. Tlak společnosti na dosažení mezomorfního ideálu mužského těla

může vyvolávat zvýšenou nespokojenost s vlastním tělem a nízké sebevědomí u mužů (Marc Mishkind et al., 1986 in Grogan, 2000). Na rozdíl od žen si muži většinou nepřejí zhubnout, ale naopak přibrat (avšak na svalové hmotě) a být silnější. Pro muže tedy nejsou tolik populární diety, jako spíše cvičení.

Podle metaanalýzy 77 pečlivě vybraných studií o vlivu mediálního zobrazení ženské postavy na nespokojenost žen s jejich tělem, provedené na univerzitě ve Wisconsinu se ukázalo, že nezáleží na tom, o jaké vystavení vlivu jde - zda o obecné sledování večerního TV, časopisů, nebo reklam, které nám vyskakují na monitoru počítače. Pokud je zobrazení zaměřeno na vzhled a vysílá jasný signál o tom, že tělo je objekt, potom ženu ovlivní. Výsledky jsou znepokojující, protože poslední výzkumy ukázaly, že nespokojenost s vlastním tělem je zásadním rizikovým faktorem pro nízké sebevědomí, depresi, obezitu a poruchy příjmu potravy. Tento efekt vlivu médií navíc narůstá - studie provedené po roce 2000 vykazují větší vliv médií na „body image“ u žen, než studie provedené v 90. letech minulého století. Zároveň nespokojenost žen se svým tělem se stala tak běžnou, že je již považována za normální (Grabe et al., 2008).

#### **3.4.5. Život lidí s nadváhou**

V bohatých západních společnostech je štíhlost většinou spojována se štěstím, úspěchem, mladistvostí a společenskou přijatelností. Nadváha je spojována s nedostatkem vůle a ztrátou kontroly, je vnímána jako fyzicky neatraktivní a je asociována s dalšími negativními aspekty.

Život lidí, kteří nevyhovují tomuto štíhlému ideálu, je poznamenán různými předsudky. Tomas Cash (1990 in Grogan 2000) tvrdí, že s lidmi, kteří mají nadváhu, se od dětství zachází jinak. Už malé děti dávají přednost štíhlým vrstevníkům a

nechtějí si hrát s dětmi, jež mají nadváhu. Vidí-li na obrázku postavu s nadváhou, připisují jí záporné vlastnosti. Tento předsudek přetrvává do dospělosti. Ve srovnání se štíhlými bývají silní lidé pokládáni za méně atraktivní, méně inteligentní, méně pracovitě, méně úspěšné, méně sportovní, méně oblíbené (Grogan, 2000).

„Vysokoškolští studenti, kteří byli požádáni aby uvedli, jaký typ člověka shledávají vhodným potenciálním manželem/manželkou, uváděli podvodníky, narkomany, zloděje a nevidomé jako vhodnější partnery, než osoby obézní“ (Stunkard, 1996).

V Institutu hygieny na oddělení výživy v Bělehradě provedli studii, která měřila vliv nadváhy a obezity na kvalitu života. Měřitelný efekt se projevil zejména v oblastech fyzických schopností, sebevědomí, v pracovní oblasti a v tom, jak je prožíván stres na veřejnosti. Kvalita života v těchto oblastech se ukázala zároveň tím menší, čím vyšší stupeň obezity se u dané osoby vyskytuje (Nadja et al., 2004).

Na univerzitě v britském Aberdeenu zkoumali rozdíly ve fyzických, emocionálních a sociálních faktorech u obézních jedinců, kteří se pokoušeli zhubnout. Ti, kteří místo zhubnutí přibrali, deklarovali podporu svého okolí jako nízkou a vykazovali malé množství aktivit, negativní emoce, úzkost a depresi. U osob, kterým se zhubnout podařilo, byl patrný přesný opak s tím, že čím více zhubly, tím byly pozitivní prožitky výraznější (Brown et al., 2004).

Na univerzitě v Istanbulu se zase pomocí Rosenbergovy self-esteem škály snažili zjistit, jaký je vztah mezi obézními jedinci a jejich sebevědomím. Na jejich vzorku (70 obézních mužů a žen ve věku 18 - 60) se potvrdilo, že skóre na škále sebevědomí je signifikantně nízký. Ženy navíc na škále spokojenosti s vlastním tělem skórovaly o něco níže než muži, ale výsledky byly podobné (Yalung et al., 2004). Zde nás však překvapilo, jak

velké věkové rozmezí zkoumaných osob výzkumníci použili a klademe si otázku, zda je možné výsledky takto zobecnit.

Je patrné, že vliv nadváhy na kvalitu života se projevuje již v dětství a v průběhu života obézního jedince neustupuje. Těžko bychom mohli očekávat, že v prostředí plném předsudků a odmítání se obézní lidé budou cítit sebevědomě a povedou spokojený život.

### **3.4.6. Deprese a úzkosti**

Na lékařské fakultě univerzity v Bělehradě zkoumali na 62 subjektech souvislost mezi obezitou a depresí v závislosti na počtu let vzdělání jedince (2 skupiny: méně než 12 let školní docházky a více než 12 let). Ve skupině lidí s vyšším vzděláním byla prokázána pozitivní korelace mezi BMI a BDI II (Beck Depression Inventory), z čehož autoři vyvozují, že obezita (BMI  $\geq 30$ ) může ovlivnit psychickou pohodu dotyčných osob, zejména těch s vyšším dosaženým vzděláním (Jorga et al., 2004). Je si však třeba uvědomit, že autoři své závěry vyvozují z poměrně nízkého počtu probandů.

Také diskriminace a ztížené společenské uplatnění obézních se nemalou měrou podílejí na častém výskytu depresí a úzkosti (u obézních jedinců se vyskytují 3-4x častěji, než u normostenické populace) (Hainer a Kunešová, 1997).

Studie provedené Moorem a kol. naopak naznačují, že obézní jedinci se ukazují jako méně úzkostní a depresivní než jejich protějšky s normální hmotností, což je však v rozporu se studiemi osob s nadváhou, které za cílem redukce hmotnosti vyhledají pomoc. U nich se na základě užití Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) ukázala nejen jemná hladina deprese (T-skór 60, čili jedna standardní odchylka nad

průměrem), ale byly zaznamenány též vyšší skóry na škálách hypochondrie a hysterie (Stunkard, 1996). McReynolds, který zrevidoval výzkumy na psychoneurotické a psychosomatické teorie obezity, dospěl k závěrům, že mnoho obézních trpí neurotickými poruchami, které vznikly na základě problémů v rodině, během vývoje a vedou k závislosti a nesamostatnosti; u mnohých se našly různé slabé mentální poruchy (McReynolds, 1982).

U této problematiky je navíc složité odlišit, zda obezita má vliv na depresi, nebo na druhé straně, zda neuroendokrinní změny spojené se stresem a depresí, způsobují metabolické změny, které se na rozvoji obezity podílejí (Solow, 1977).

„Obézní jedinci mohou v sociálních interakcích působit veselým a bezstarostným dojmem, ale přitom trpět pocity nedostatečnosti, pasivní závislosti a mohou mít hlubokou potřebu být milováni“ (Stunkard, 1996).

*Ačkoli uvedená zjištění mohou působit protichůdně, pokud vycházíme ze Stunkardova předpokladu, že obézní jedinci mají „hlubokou potřebu být milováni“ pokud zažívají výše popsanou diskriminaci a společenské odmítání, těžko se mohou milování cítit a pak se nemůžeme podívat, že zažívají depresi a pocity úzkosti. Jelikož potřeba být milován pravděpodobně přetrvává, asi nás nepřekvapí, že o její naplnění budou usilovat třeba tím, že se navenek budou snažit působit přátelským a veselým dojmem.*



## **4. Jak nadváha vzniká**

„S nadváhou se pojí rozšířený mýtus, že lidé jsou obézní, protože se nedokáží ovládat, jsou líní a mají slabou vůli. Ve skutečnosti si vědci nejsou jisti, co způsobuje, že někteří lidé jsou silnější než druzí“ (Grogan, 2000). Moderní pojetí vzniku obezity odmítá redukovat příčiny vzniku obezity na nekázeň v jídle a nedostatek pohybu.

### **4.1. Energetická bilance**

Za jednu z nejběžněji uznávaných příčin nadváhy je obecně považována pozitivní energetická bilance, která je důsledkem nepoměru mezi energetickým příjmem a energetickým výdejem.

#### **4.1.1. Energetický příjem**

Doporučené denní dávky potravy jsou u nás překračovány o 20 - 25 %, takže zvýšený energetický příjem je bezpochyby jedním z významných faktorů, který se podílí na pozitivní energetické bilanci a vysokém výskytu obezity u nás (Hainer a Kunešová, 1997).

Není pochyb o tom, že lidé ztloustnou, pokud přijímají více kalorií, než kolik spotřebují. Obecně se předpokládá, že lidé s nadváhou (zejména pokud se již jedná o obezitu) jedí víc než jejich normálně vážící vrstevníci. I když je samozřejmé, že lidé s nadváhou musí jíst víc, aby si uchovali svou tělesnou hmotnost, existuje velké množství psychologických a sociologických důkazů o tom, že nejedí více než ostatní. Např. v osmnácti z devatenácti studií zaměřených na množství snědeného jídla bylo prokázáno, že lidé s nadváhou jedli menší či stejné

množství jídla jako lidé s normální tělesnou hmotností nebo hubení lidé (Wooley et. al., 1979 in Grogan, 2000).

MUDr. Hainer zmiňuje, že u zdravých jedinců se při krátkodobé pozitivní energetické bilanci obvykle aktivují regulační fyziologické mechanismy (ovlivňující např. příjem potravy a energetický výdej), které zabrání vzestupu hmotnosti. U jedinců náchylných k vzestupu hmotnosti bývají tyto regulační mechanismy narušeny, a to jak ve vztahu k množství přijaté potravy, tak ve vztahu k energetickému výdeji a spalování živin (Hainer et al., 1996).

#### 4.1.2. Energetický výdej

Ve většině publikací se dočteme, že energetický výdej závisí na pohlaví (je větší u mužů, než u žen), věku (s věkem klesá) a stupni fyzické aktivity. Zde si můžeme položit otázku – tloustnou lidé proto, že mají nedostatek pohybu? Do jisté míry jistě. K. Brownellová a T. Wadden (1992 in Grogan, 2000) tvrdí, že za posledních 200 let se energetický výdej významně snížil, protože stále více lidí má sedavé zaměstnání, auta, dálkové ovládání televize atd. Výdej energie je nejnižší za celou dobu, co lidstvo pamatuje.

„Existují jisté důkazy, že tlustí lidé jsou méně aktivní než hubení“ (Wooley et.al., 1979 in Grogan, 2000). To však může být spíše výsledkem než příčinou nadváhy, jelikož cvičení lidí s nadváhou je v západní společnosti spojeno se společenským stigmatem. Má-li člověk vytrvat, cvičení mu musí přinášet potěšení. (Grogan, 2000)

Faktem je, že většina lidí, ať jsou tlustí nebo hubení, cvičí jen velmi málo. Např. průzkum zdraví a životního stylu (Cox et.al., 1993 in Grogan, 2000) zjistil, že většina Britů nad 40 let se nevěnuje žádné aktivní sportovní činnosti. Přesto však

pouze malé procento z této populace dosáhne nadváhy. Je zjevné, že nedostatek cvičení sám o sobě ke vzniku nadváhy nevede (Grogan, 2000).

#### **4.2. Jídelní návyky**

Vedle výše a skladby energetického příjmu, mívají lidé s obezitou určité typické jídelní zvyklosti - najednou zkonsumují větší množství potravy (místo jejího rozložení do více denních porcí), vynechávají snídani, „uždibují“ brambůrky u televize apod., jedí v emočně náročných, stresových situacích, přejídají se v noci („night eating syndrome“) nebo nárazově („binge eating syndrome“) a též někdy jedí daleko rychleji, což vede k tomu, že snědí víc potravy a navíc bez adekvátního požitku z jídla.

#### **4.3. Vliv genetiky**

Někteří vědci tvrdí, že nadváha má genetické příčiny. „Podle rozsáhlých studií je index tělesné hmotnosti z 25 - 40% určen genetickými faktory“ (Hainer et al., 1996). Např. *Nisbettova teorie určené hranice* (Set Point Theory, 1972 in Grogan, 2000) říká, že každý z nás má určitou přirozeně stanovenou hranici tělesné hmotnosti, kterou se jeho metabolismus snaží udržet bez ohledu na množství snědené potravy. Tato hranice se u jednotlivých lidí liší velmi výrazně, proto jistá část populace je nevyhnutelně silnější (Grogan, 2000).

V roce 1991 Friedman a kol. objevili u myši gen obezity (*ob*) a v roce 1994 se Zhangovi a kol. podařilo *ob* gen izolovat. Bylo zjištěno, že *ob* gen má na starosti tvorbu hormonu *leptin* (de leptos = štíhlý), který se váže na receptor v hypothalamu a

zde tlumí příjem potravy a současně vyvolává zvýšení energetického výdeje. Vědci se nejprve domnívali, že podáváním *leptinu* obézním osobám by bylo možno docílit snížení jejich hmotnosti, nicméně všechny dosud provedené experimenty, jak se štíhlými, tak s obézními osobami naznačují, že obezita je porucha mnohem komplexnější (Ruiz, 2001).

Genetickou podmíněnost nadváhy dokládají i studie jednovaječných dvojčat, která ač byla vychovávána v různých rodinách, měla podobnou tělesnou hmotnost. V jednom experimentu zůstalo dvanáct párů jednovaječných dvojčat (všichni muži) po dobu 100 dnů ve společné studentské koleji. Cílem experimentu bylo přimět dvojčata, aby přibrala na hmotnosti. Každý muž dostával dietu, která obsahovala 1000 Kcal denně navíc – jejich tělesná aktivita byla omezena. Všichni muži přibrali na hmotnosti, avšak velikost přírůstku se do značné míry lišila od 4 do 13 kg. Velikost přírůstku hmotnosti se však lišila mezi jednotlivými páry dvojčat, ale nikoli mezi příslušníky jednoho páru dvojčat, což ukazuje, že genetika určuje, kolik přibereme, když máme zvýšený příjem kalorií (Atkinson et al., 1995).

Genetické dispozice ovlivňují pomalý metabolismus i zvýšený počet tukových buněk. Je zřejmé, že lze zdědit pouze tendenci k nadváze, která je ve významné míře ovlivněna faktory prostředí, jako je strava a pohyb (Brownellová a Wadden, 1992 in Grogan, 2000).

#### **4.4. Endokrinní systém**

Endokrinopatie jako takové, se na výskytu obezity podílejí jen nepatrně. Mezi laickou veřejností a bohužel mnohdy i mezi lékaři se však traduje mylné přesvědčení, že obezita je důsledek poruchy endokrinních žláz. U obézních jedinců je poměrně často zjišťována porušená sekrece některých hormonů – jedná se však o druhotné změny sekrece při obezitě, které jsou po redukci tělesné hmotnosti mnohdy vratné (Hainer, Kunešová, 1997).

Je však nutno zmínit některé hormony, které se jednak podílejí na pocitu hladu a sytosti a dále kontrolují příjem potravy a tělesnou hmotnost:

Řízení glykémie (hladiny cukru v krvi) závisí na dvou pankreatických hormonech: inzulinu, který facilituje vstup glukózy do buněk a glukagonu, který má opačný efekt. Je-li v krvi vysoká hladina inzulinu není hlad; naopak s poklesem hladiny inzulinu hlad stoupá (Fraňková a Dvořáková, 2003)

Velkou důležitost mají také hormony leptin a ghrelin, jejichž vzájemné působení zajišťuje kontrolu příjmu potravy a hmotnosti. Stimulace leptinové a ghrelinové cesty vede k udržování hmotnosti, dysregulace pak k indukci anorexie nebo obezity (Richter a Richterová, 2005).

#### **4.5. Léky**

Existuje řada léků, které mohou při dlouhodobém podávání vyvolat vzestup hmotnosti. Většina těchto léků ovlivňuje buď příjem potravy, nebo působí na energetický výdej a ukládání tukových zásob. Vzestup hmotnosti – po podávání androgenů nebo anabolik – nemá za následek zmnožení tukové tkáně, ale nárůst svalové hmoty (Hainer a Kunešová, 1997).

Také např. pokud vezmeme v potaz pacienty, kteří se léčí na určité psychické poruchy, zjistíme, že jsou náchylní k obezitě nejen díky malé fyzické aktivitě a potížím s uskutečňováním behaviorálních změn, ale také užíváním psychotropních látek, které samy o sobě mohou váhový přírůstek způsobovat (Bershteyn, 2006).

#### **4.6. Psychologické aspekty vzniku nadváhy**

Jelikož zmapovat psychologický aspekt nadváhy je v podstatě hlavním tématem naší práce, dovolíme si této kapitole věnovat víc prostoru než ostatním.

##### **4.6.1. Hlad, apetit a chuť**

Hladem rozumíme charakteristický akutní psychosomatický stav, jehož zážitková stránka jest obvykle označována jako „pocit hladu“ (Stavěl, 1937). Stavěl rozlišuje mezi *spontánní apetencí* a *apetitem na něco*. *Spontánní apetence* je vnitřní stav organismu, běžně označovaný jako „chuť na něco“, neboli počáteční stádium hladu. U *spontánní apetence* je důležité, že nebyla vyvolána žádným konkrétním vnějším podnětem, na rozdíl od *apetitu na něco*, který vzniká na základě smyslových dojmů i představ z konkrétního jídla a je tedy „apetitem reaktivním“.

Podle J. Yudkina se pud, vedoucí jednoduše k pojídání jídla, nazývá hlad, ale pud jíst určité jídlo, je apetit (Yudkin a McKenzie, 1964 in Fraňková a Dvořáková, 2003).

Apetit se v hovorové řeči někdy s pojmem „hlad“ směšuje. Říkám-li „nemám hlad“, neznamená to vždy, že jsem zcela nasycen, ale někdy také, že nemám chuť (nejsem vyladěn) na konkrétní jídlo. Apetit se může stát jistou osobnostní charakteristikou, která může mít i genetický základ. Jsou lidé známí svým velkým

apetitem, pro které je jeho uspokojování důležitou součástí jejich životního stylu. A naopak jsou jedinci, kteří nemají z jídla požitků a jedí pouze proto, aby zastavili hlad (Fraňková a Dvořáková, 2003).

Ve studii, kterou provedla Judith Rodin, navrhuje model lidského potravního chování jakožto propojeného integrovaného systému, do kterého vstupuje mnoho vjemů - fyziologických, senzorických, kognitivních, sociálních a kulturních. Říká, že při analýze potravního chování je nezbytné vzít v potaz všechny tyto složky. Výslednice jejich vzájemné interakce je pak zodpovědná za naše rozhodnutí zda, co, kde a kolik budeme jíst (Rodin, 1977).

Pocit hladu, který slouží k regulaci příjmu energie, vzniká v závislosti na hladině cukru v krvi a informací z trávicího traktu v mozkovém centru hladu a sytosti hypothalamu. Poškození hypothalamu, například zánětem či nádorem, může porušit regulaci pocitu hladu. Obvykle se projeví narušením denního rytmu řízení potravy a náhlým rychlým přírůstkem hmotnosti, provázeným změnou povahy a osobnosti (Fraňková a Dvořáková 2003; Poupětová, 2004).

Když byl například na krysách zkoumán vývoj obezity po ventromediální hypothalamické lézi, ukázalo se, že probíhá ve dvou etapách: v tzv. dynamické a statické. Během dynamické fáze byl příjem potravy extrémně velký a hmotnost rychle narůstala (na 2-3 násobek původní váhy). Ve statické fázi pak byl příjem potravy normální, ale hmotnost se i přesto neustále zvyšovala (Jones, 1961).

K řízení příjmu potravy přispívají i podněty psychosociální povahy. Hlad je nejen objektivní děj, daný nedostatkem nutričních rezerv, ale vyjadřuje i subjektivní psychologický stav, charakterizovaný určitými prožitky a pocity (Fraňková a Dvořáková 2003).

Většina lidí s nadváhou nemá poškozený hypothalamus, a přesto není schopna regulovat svůj příjem potravy na potřebné

úrovni. Často používají potravu k uspokojení jiných než výživových potřeb (sycení emočního hladu). Jakoby nebyli schopni rozlišovat mezi hladem (potřebou jíst) a jinými stavy napětí, či jinými potřebami. Jsou zaujati potravou a neví, kdy jsou hladoví (Poupětová, 2004).

Německá psychoterapeutka Doris Wolfová rozpracovala rozdíly mezi tím, za jakých okolností jedí lidé s normální hmotností a lidé s nadváhou.

#### Přirozeně štíhlí lidé:

- 1) Jedí jen tehdy, když mají skutečný hlad (= skutečnou potřebu jíst).
- 2) Jedí zrovna to, na co mají právě chuť.
- 3) Jedí vědomě.
- 4) Přestanou jíst ve chvíli, kdy již nepocítují hlad.

#### Lidé s nadváhou:

- 1) Jedí když jsou smutní, rozzlobení, osamocení, úzkostní - jídlo používají jako útěchu.
- 2) Jídlo dělí na „tohle bych neměl/a jíst“ a „tohle si mohu dát“. Nespolehají na vlastní instinkt, ale na předepsané kalorické tabulky.
- 3) Jídlo si nevychutnají, často ho zhltnou u televize, knížky či jiné činnosti. Ve společnosti předstírají hubnutí a dají si jen salát - v ústraní si potom tajně dopřejí, co si nedovolili.
- 4) Dojedí vše, co mají na talíři, protože se to „musí“ či aby neurazili hostitele nebo jednoduše proto, že je to „tak dobré“. Jedí do zásoby, protože vědí, že si v nejbližších hodinách budou jídlo zakazovat.



Přirozeně štíhlí lidé si uchovávají přirozený a nenucený přístup k jídlu. Jedí jako malé děti nebo zvířata, která se ještě nenaučila používat jídlo jako řešení a náhradu za duševní problémy či jiné potřeby. K vypořádávání s problémy mají jiné strategie, jídlo je pro ně jen obstaráváním energie pro jejich tělo, které takto udržují při životě (Wolf, 1997).

*Rozdělení Wolfové je jistě trochu přehnaně kategorické – např. štíhlí lidé také jedí, když mají chuť a jistě by se dalo najít spoust dalších tvrzení, kterým se dá oponovat. Dále se navíc nabízí otázka, zda názvy skupin „přirozeně štíhlí“ a „osoby s nadváhou“, které Wolfová použila, jsou výstižné.*

*Např. Atkinson a kolektiv popisují obdobný fenomén, ale osoby klasifikuje na „lidi, kteří vědomě svoje jedení omezují a lidi, kteří je neomezují, bez ohledu na to, zda jsou hubení, plnoštíhlí nebo tlustí“ (Atkinson et al., 1995). Na základě laboratorní studie se ukázalo, co se stane, když omezení padnou. Jedinci, omezující i neomezující jídlo, byli požádáni, aby vypili buď dva mléčné koktejly, nebo jeden, nebo žádný. Poté si měli vybrat z několika příchutí zmrzliny a byli povzbuzováni k tomu, aby jí snědli tolik, kolik chtějí. Čím více měli neomezující se jedinci vypít koktejlů, tím méně zmrzliny poté snědli. Naopak omezující se jedinci, kteří napřed vypili dva mléčné koktejly, snědli více zmrzliny než ti, kteří vypili jeden koktejl, nebo žádný. Jakmile jednou omezující se jedinci ztratili kontrolu, jedli více než jedinci, kteří se neomezovali. Ve všech případech se jednalo o jedince s normální hmotností (Atkinson et al., 1995).*

Z výše popsaného výzkumu je patrné, že vědomá kontrola, či naopak neomezování se, s hmotností jedince nemusí souviset.

#### 4.6.2. Nadváha, emoce a nerozlišování potřeb

Jedním z důležitých vnitřních podnětů, které ovládají jídelní chování, je emocionální stav. Jedení je často spojováno s negativními emocemi, které vznikají v důsledku zátěžových nebo nepříjemných situací. „Už jako novorozenci, když jsme plakali, naše matka se nás snažila uklidnit jídlem. Později jsme byli jídlem a dobrotami odměňováni za dobré chování nebo upláceni za nedostatek zájmu či času rodičů“ (Krch a Málková, 2001).

Novorozenec není schopen dát jasně najevo potravní a ostatní potřeby. To se postupně učí na základě zkušenosti, jak na něj jeho okolí reaguje. Učit se může dobře, nebo zkrlesně. Nejdůležitější úlohu v učení má matka – jakým způsobem a jak rychle odpovídá na vyjádřené potřeby dítěte. Používá-li matka jídlo jako univerzální tišící prostředek (nerozlišuje aktuální potřeby dítěte – aby neplakalo dostane „dobručku“), dítě se nenaučí správně rozlišovat mezi hladem a ostatními pocity napětí (úzkost, zlost, strach atd.) a vyjadřuje je jako potřebu jíst. Přitom nerozlišené potřeby zůstávají neuspokojené (Ray, Klesges in Poupětová, 2004).

Někteří obézní lidé nejsou schopni dostatečně rozlišovat mezi smutkem, vztekem a hladem, a proto všechny tyto pocity považují za projev hladu; to je pak vede k tomu, že se při každém rozčilení přejídají (Goleman, 1997).

Příjem potravy je nejen nejzákladnější lidskou potřebou, ale i zdrojem prvních emočních prožitků a postojů. Již první obranné reakce a rituály v situacích nudy, nepohody nebo ohrožení, jsou vázány na tyto prvotní pocity a spojeny s příjmem potravy (dudlík, prst v puse, žvýkání). Zprvu jednoduché pocity uspokojení nebo neuspokojení z příjmu potravy, se v průběhu dětství postupně diferencují a zaměřují i k jiným podnětům, než je jídlo a k jiným osobám, než k matce, která bývá obvykle první nositelkou jídla a tedy i požitku uspokojení a bezpečí. Jídlo se

stává prostředkem, který zbavuje úzkosti nebo nudy, obranou proti depresi nebo stresu (Krch a Málková, 2001).

V jedné studii sledovaly osoby s nadváhou a osoby s normální hmotností v každém ze čtyř sezení jiný film. Tři z těchto filmů vyvolávaly různé emoce: jeden vzbuzoval úzkost, druhý byl zábavný a třetí navozoval sexuální vzrušení. Čtvrtým filmem byl nudný cestopis. Po zhlédnutí každého filmu byly pokusné osoby požádány, aby zhodnotily a ochutnaly různé druhy sušenek. Obézní osoby jedly signifikantně více sušenek po zhlédnutí kteréhokoli z filmů vzbuzujících emoce, než po zhlédnutí cestopisu. Osoby s normální hmotností jedly stejné množství sušenek, nezávisle na filmu, který zhlédly (White, 1977 in Atkinson et al., 1995).

Rádi bychom citovali úryvek článku americké psycholožky Geneen Roth, která se zabývá problematikou emočního jedení:

*„Jestli chcete doopravdy zjistit, proč jíte, musíte sama sobě klást otázky. Zeptala jste se někdy sama sebe: „Nejím náhodou proto, že se nechci cítit smutná?“ Pokud upřímně prozkoumáte toto tvrzení, je možné, že ačkoli chcete zhubnout, přistihnete se, že věříte tomu, že jíst sušenky bolí méně než cítit se smutná. Ale - jak to můžete vědět? Kdy jste si naposledy dovolila prožít smutek, aniž byste u toho spořádala balíček sladkostí?*

*Mnoho z nás používá jídlo jako emocionální a duchovní výživu, kterou nám však potrava poskytnout nemůže. Nebo ho používáme, abychom se vyhnuli prožívání celého spektra našich pocitů - což nám však zabrání v tom, abychom se cítili skutečně živí. Co se stane, když si dovolíme cítit se smutní, ve stresu nebo naštvaní? Můžete namítnout, že kdybyste se cítila smutná, roztrhalo by vás to na kousíčky. A to si nemůžete dovolit - máte děti, práci, život. Nebo můžete namítnout, že nikdo přeci nemá rád smutné lidi. Ale je to tak doopravdy?*

*Mnozí z nás věří, že pokud si dovolíme prožívat pocity, nezvládneme to. Nikdy nevstaneme z postele, nepůjdeme do banky, nedáme najíst svým dětem. Ale ve svém vlastním životě i v práci s tisíci lidmi, kteří zápasili se svou váhou, jsem se přesvědčila, že nic z toho není pravda. Ve většině případů nás pocity nezlomí. Bez ohledu na to, jak strašná je situace ve které se nacházíme - dokonce i když nám zemře někdo blízký - to, co nás ničí, způsobuje naši křehkost a nutí nás uchýlit se k jídlu, je naše snaha vyhnout se pocitům a nenechat je vyjít na povrch. Příčinou emočního jedení nejsou pocity samotné, ale náš strach z jejich projevení" (Roth, 2005).*

Samozřejmě nelze zobecnit, že jídlo je jediným utěшитelem, který se v emočně náročných situacích používá - lidé používají i jiné, více či méně účelné způsoby, jak s emocemi zacházet. Nicméně se zdá patrné, že v určitých situacích nám jídlo může posloužit k utěšení či zahnání nepříjemných pocitů. Asi nás pak nepřekvapí, že lidé, kteří se naučili své negativní emoce „řešit“ jídlem, budou mít vyšší hmotnost.

Jídlo může být symbolicky použito k utěšení neukojitelné potřeby po nedosažitelné lásce, nebo jako vyjádření vzteku a nenávisti; může se pokusit nahradit sexuální uspokojení nebo naznačovat asketické popření; reprezentovat přání být mužem a mít velký penis, nebo přání být těhotná či naopak strach z otěhotnění. Může také sloužit jako obrana proti dospělosti a zodpovědnosti (Bruch, 1973).

#### 4.6.3. Odměna, trest a manipulace

Podle Krcha se jídlo během dětství mimo jiné postupně také stává prostředkem odměny a trestu (Krch, 1999). V některých rodinách bývá zvykem dávat dítěti za splněný úkol, dobré chování či známku, nějakou sladkost - zákusek, čokoládu, bonbón (Tmějová, 1998). Americká studie provedená za účelem odhalení

důvodů zvýšeného podávání potravy a pochutin ukázala, že téměř 25 % matek používá jídlo jako odměnu za dobré chování, 10 % matek trestá své děti tím, že jim odpírá sladkosti a 29 % matek používá jídlo jako uklidňující prostředek. Oblíbenými jídly jsou myšleny především sladkosti, sušenky a moučníky (potraviny, které ze všeho nejvíce vyvolávají tloušťku) (Tmějová, 1998).

Tento způsob odměňování pak přetrvává do dospělosti - i dospělí lidé sami sebe jídlem odměňují. Je-li nějaký důvod k oslavě, uspořádá se slavnostní večeře či jiná společenská akce, na které se podává spousta dobrot. Jako dárky jsou běžně rozšířené bonboniéry, čokolády, dorty. Používání jídla jako odměny, ať v dětství nebo v dospělosti, s sebou přináší mnohé negativní důsledky.

Na základě principu odměňování dítěte vzniká i zvyk jíst rychle. Rodiče odměňují dítě, které při jídle nezlobí, jí rychle a vyjídá talíř do čista. Tento zvyk je později posílen ve školních jídelnách (Hartl, 2000).

Tento výchovný přístup zároveň vede k tomu, že již od dětství lze jídla použít k manipulaci, a to nejen ze strany rodičů, ale také ze strany dítěte. To může na rodiče působit tím, že je „trestá“ odmítáním jídla a „odměňuje“ snědením jídla neoblíbeného (Fraňková, Odehnal a Pařízková, 2000). Dítě brzy zjistí, že dostane značnou pozornost, pokud bude dělat to, co jeho rodiče nemají rádi - tj. např. odmítat jídlo v rodině, kde je kladen důraz na to, aby hodně jedlo, a naopak se bude přejídat tam, kde se jeho rodiče snaží přísun kalorií omezit.

#### 4.6.4. Zajídání stresů

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) v kategorii F 50.4 kóduje přejídání, které vedlo k obezitě, jako reakci na stresující událost. Ztráta blízké osoby, nehody, chirurgické operace a emočně stresující události, mohou vyvolat reaktivní obezitu, zvláště u pacientů se sklonem k přibývání na váze.

Výzkumy z kalifornské univerzity potvrzují, že stres člověka nutí více jíst (obzvláště sladkosti), protože zvyšuje hladinu hormonu kortizol. Pomocí kortizolu nám tělo sděluje, že do krevního oběhu potřebuje dodat další glukózu. Sladkosti tuto potřebu rychle uspokojí (Ropp, 2005).

Psychologický stres ovlivňuje jak množství přijaté potravy, tak její druh, což závisí na povaze stresu a na osobnosti jedince. U studentů v průběhu zkouškového období, zejména ve skupině úzkostných a relativně sociálně izolovaných studentů, vzrostl celkový denní příjem kalorií o 20% a konzumace tuku o 30% (Steptoe, 1996).

Průzkum uskutečněný Americkým institutem pro výzkum rakoviny (AICR) zjistil, že po 11. září 2001, kdy byly na Ameriku provedeny útoky, mnoho Američanů propadlo „jedení ze stresu“ (stress eating). Studie ukázala, že 20 % ze zkoumaných jedinců si uvědomilo, že jedí daleko více jídla pro útěchu (zejména bramborovou kaší a omáčku, smažená kuřata a těstoviny se sýrem) než dříve. Spotřeba sladkostí také narostla, 19% dotázaných přiznalo, že jedlo daleko více jídel obsahujících cukr (např. sušenky a zmrzlinu) (Laitinen a Sovio, 2002).

Preference sladkých jídel se zdá být jednoznačně potvrzena. Novější studie zkoumají, jde-li opravdu jen o cukr. Ukazuje se, že zde hrají důležitou roli také tuky – sladká jídla jich mívají

zpravidla vyšší obsah. Týká se to zmrzliny, čokolády\*, mnohých mléčných výrobků, moučníků a nejrůznějších sladkých pochoutek (Fraňková a Dvořáková, 2003).

Finští výzkumníci provedli rozhovory s více než 5000 muži a ženami nad 31 let a ptali se jich na druh a množství jídla, které jedí, stresové události v jejich životě, práci, partnerský život a emocionální podporu, kterou jim poskytují přátelé a rodina. Dotazovaní, kteří jedli ze stresu, měli vyšší body mass index a tendenci konzumovat potraviny s vysokým obsahem tuku jakožto párky, hamburgery, pizzu a čokoládu. Také projevovali větší sklony pít alkohol (Laitinen a Sovio, 2002).

*Zdá se, že někteří lidé používají jídlo k naplnění prázdnoty a k získání dobrých pocitů, ke zjemnění tlaků v práci či na zahlazení rodinných konfliktů. Konzumace však často nemá mnoho společného s hladem. Místo toho funguje jako prostředek na zahnání úzkosti či deprese.*

*Na vznik nadváhy se dá hledět z mnoha různých úhlů pohledu, které se navíc mohou vzájemně doplňovat. Zdá se, že nadváha (obezita) je onemocnění skutečně velice komplexní a snad více než u jiných je třeba mít na paměti, že se jedná o záležitost bio - psycho - sociální. Pokud ji chceme ovlivnit, sotva budeme úspěšní, pokud se spolehneme pouze na jedno hledisko.*

---

\* Čokoláda navíc zastává specifickou úlohu, jelikož se obvykle nedá nahradit sladkostmi jiného druhu, protože obsahuje komponenty jako kofein (ovlivňuje činnost mozku), teobromin, fenyletylamin, který má podobnou strukturu jako amfetamin (návyková látka s vysoce budivým vlivem na nervový systém) a hořčík (Fraňková a Dvořáková, 2003).

## 5. Jak nadváhu snížit

### 5.1. Diety a hladovění

Jak již bylo zmíněno na začátku, 20. století bylo stoletím diet. Ať již motivací k získání „dokonalé“ postavy či zbavení se přebytných kilogramů vezmeme zdravotní, estetické či jiné hledisko, je mnoho lidí, kteří po dietách sahají jako po řešení svých problémů.

Avšak sestavit dietu, která je vyvážená a obsahuje všechny nezbytně důležité živiny, není zdaleka jednoduché. Sestavení vhodné diety nám totiž komplikuje i životní prostředí a způsoby, jakými v posledních letech s potravinami zacházíme. Potravinu dříve nejen neobsahovaly spousty škodlivých látek, které se do nich dnes dostávají ze znečištěného životního prostředí a dále různým přihnojováním, urychlováním růstu apod., ale ani nepodléhaly nesčetným procesům zpracování, které jsou dnes běžné. „Současná doba přináší problémy optimálních dávek živin, minerálů a vitaminů“ (Fraňková a Dvořáková, 2003).

*Je patrné, že dnes je obtížné sestavit redukční dietu, která našemu tělu poskytne vše, co potřebuje. Ať se rozhodneme použít dietu s omezeným přísunem tuků nebo s menším či větším omezením celkové energetické hodnoty (VLCD – very low calorie diet) či dokonce hladovku, vždy organismu snížíme příjem živin, které nezbytně potřebuje.*

Přesto je dietní průmysl v jistém smyslu „dokonalý“, protože vytváří problém (nespokojenost s tělem) a současně nabízí řešení. Děvčata často spatřují svůj vzor v hrdinkách seriálů, v modelkách a zpěvačkách. Touží se svým idolům vyrovnat, proto začnou často držet některou z diet, která jim má zajistit stejně dokonalé tělo (Langmeier at al., 2002). Výzkumní pracovníci však většinou zjišťují, že diety dlouhodobě zabírají pouze u přibližně 5% neobézních dietářů (Brownellová a Rodinová,



1994 in Grogan, 2000). To znamená, že zbývajících 95% pravděpodobně zjistí, že neuspěli. N. Charlesová a M. Kerrová (1986 in Grogan, 2000) hovořily s více než 200 ženami o jejich zkušenostech s jídlem a dietami a zjistily, že většina z nich se pokusila držet nějakou dietu a trvale zhubnout se jim nepodařilo. Cítily se potom provinile a byly nespokojené se slabou vůlí a proporcemi své postavy. Není překvapivé, že se tak cítily, protože marketingová hesla na diety zdůrazňují, že není třeba nic víc než silná vůle (Grogan, 2000).

Odpůrci diet tvrdí, že diety mohou ve skutečnosti vést k přírůstku tělesné hmotnosti. V lékařské a psychologické literatuře je dobře doložena tendence k přibírání, následující po úspěšné dietě. Když lidé drží dietu, tělo na obranu proti snížení přísunu živin reaguje zpomalením metabolismu a účinnějším využíváním přijatých kalorií. Jakmile dieta skončí, tělo vyšle signály k vytvoření zásob rezervního tuku, které by se mohly hodit při příštím období nedostatku jídla. Lidé tak získají zpět váhu, kterou ztratili, a ještě něco navíc. Začnou tedy držet novou dietu, shodí nabranou váhu a celý cyklus se opakuje. Tento jev je běžně označován jako jo-jo efekt, který vede k chronickému váhovému přírůstku, neboť tělo stále zpomaluje metabolismus a učí se účinněji zpracovávat přijaté kalorie (Grogan, 2000).

Dalším nebezpečím držení diet je riziko, že mohou zafungovat jako spouštěcí mechanismus pro poruchu příjmu potravy. „Nejvýznamnějším spouštěcím faktorem záchvatovitého přejídání a bulimie je období diety. Velká většina bulimických pacientek si zřetelně vzpomíná na dietu, díky níž některé zhubly, a která předcházela situaci, kdy poprvé ztratily kontrolu nad jídlem“ (Cooper, 1995).

V americké studii si vědci postavili do protikladu koncepty „snížení váhy“ a „zdraví při každé váze“, což je fenomén, který počítá s intuitivním jedením (odpovědi na vnitřní pocit hladu,

nasycení a chuti) (Bacon et al., 2005). Podle Krantz jsou totiž obézní jedinci daleko citlivější na vnější podněty, než ke svému vnitřnímu prostředí (Krantz, 1979). Ukázalo se, že skupina žen, které byly podrobeny dietě, do roka zase přibraly to co zhubly a nedošlo u nich k žádnému zlepšení. Zatímco ženy, které se nezaměřovaly na hubnutí (nedržely žádnou dietu), ale učily se vnímat své pocity hladu, nasycení a chuti, sice nezhubly, ale snížila se jim zdravotní rizikovost a cítily se se svým tělem spokojenější (Bacon et al., 2005).

## **5.2. Fyzická aktivita**

Pohybová aktivita je jistě při snižování nadváhy velmi užitečná a nápomocná. Výzkumy ukazují, že např. již 72 min. fyzické aktivity týdně dokáže zlepšit celkovou kondici žen po menopauze, které mají nadváhu či jsou obézní a jinak vedou sedavý způsob života (Oradel, 2007). Je však třeba brát v potaz, že na celkovém energetickém výdeji se fyzická aktivita podílí pouze z 20 - 40 %. Navíc je velmi důležité zohlednit nejen zdravotní stav a fyzickou kondici jedince, ale také je třeba velmi pečlivě zvolit fyzickou aktivitu a způsob jejího provádění.

Pokud pacient dodržuje předepsanou pohybovou aktivitu (např. hodina chůze denně nebo 60 min cvičení 3-4krát týdně), docílí zvýšení energetického výdeje o cca 750 kJ za den, resp. o 22 500 kJ za měsíc. Představuje-li 1kg tělesné hmotnosti 29 000 kJ energetických zásob, docílí uvedenými pohybovými režimy za měsíc jen nevelkého poklesu hmotnosti (cca 0,8kg).

Chůze či cvičení v intenzitě, která odpovídá 60 % maximální aerobní kapacity, přestože nevede k nijak závratným váhovým poklesům, je však rozhodně zdravý a rovnovážný způsob, který zohledňuje zdravotní stav i fyzickou kondici jedince a při

dlouhodobém provozování je velmi dobrým pomocníkem, zejména k udržení hmotnosti. Ne všichni jsme však běžci na dlouhou trať, kteří se spokojí s dlouhodobým, pomalým, leč konstantním úbytkem a často chceme mít viditelné výsledky hned.

Tento jev - intenzivní, zatěžující fyzická aktivita a následné přejedení se - je dnes označován jako fenomén „rozběsnění“. Lidé chodí do fitness center, na spinning apod., sportují s vysokou intenzitou v anaerobním pásmu, spálí většinu svých zásob cukru a následně dostanou veliký hlad. A protože mají pocit, že po „dobře vykonané práci“ si to mohou dovolit, jdou do nejbližšího občerstvovacího zařízení, kde si „dopřejí“ a často snědí víc kalorií, než namáhavou aktivitou spálili. Z tohoto fenoménu dnes žije mnoho sportovních a občerstvovacích zařízení - není však těžké uhodnout, jaký vliv má tento fenomén na snížení hmotnosti.

*Také jsem si kdysi myslela, že „čím rychleji budu běhat, tím víc zhubnu“ a na vlastní kůži jsem se přesvědčila, že má snaha vůbec nevedla k cíli. Kromě toho, že takovýto postoj se mívá se skutečností, jelikož ve vysoce zátěžových situacích se tělo k tukovým zásobám nedostane (musí reagovat okamžitě, takže použije vše, co má právě snadno přístupné - tj. cukry), tak velkou zátěž zpravidla není schopno příliš dlouho vydržet a my se sportovní aktivitou přestáváme.*

*Pokud má sportovní aktivita ke snížení hmotnosti vést, je nutné pečlivě zvážit, na co daný jedinec má schopnosti, jaký typ fyzické aktivity ke snížení hmotnosti povede a navíc - dle mého názoru - je nezbytné, aby dotyčného zvolený druh pohybu bavil, protože jinak to může dopadnout podobně jako s držením diety - vydrží několik týdnů a potom přestane. Při snižování nadváhy možná více než kde jinde platí pravidlo, že malými, ale konstantními krůčky, se dosáhne trvalejších výsledků.*

### 5.3. Farmakoterapie

V léčbě obezity se v současnosti uplatňují 3 skupiny léků:

- Anorexika – léky tlumící chuť k jídlu v centrálním nervovém systému
- Termogenní farmaka – léky ovlivňující energetický výdej
- Léky ovlivňující vstřebávání tuků ve střevě

Farmakoterapie obezity je vyhrazena pro obézní s BMI > 30, nebo se uplatňuje v případech, kdy se vyskytnou zdravotní komplikace, aniž by BMI bylo vyšší než 30. Její užití je účinné u pacientů, u nichž je narušené zpětnovazebné nastavení leptinu, které lze znormlizovat použitím moderních anorexik. Farmaka se také osvědčují u obézních, kteří nejsou schopni adekvátně spalovat tuky při jejich nadměrném přívodu. Dlouhodobé podávání termogenních farmak by se mohlo uplatnit u obezit, které jsou spojeny s geneticky podmíněným snížením energetického výdeje. Farmakoterapie obezity je zahajována až když selžou ostatní přístupy a nedoporučuje se podávat dětem do 15 let.

### 5.4. Operace

Svou popularitu při léčbě obezity stále nabývá tzv. gastrická bandáž (bandáž žaludku). Počet lidí, kteří ji podstoupili, v posledních 10 letech vzrostl sedminásobně. Podstatou operace je přiškrcení horní části žaludku, nejčastěji adjustabilním silikonovým kroužkem, na jehož vnitřní straně je balonek, jehož objem lze regulovat. Přiškrcení horní, vstupní části žaludku vede k tomu, že již po prvních soustech jídla dochází u pacienta k subjektivnímu pocitu, že má plný žaludek.

Chuť k jídlu se sice nesníží, ale za pomoci implantované bandáže se nedostavuje pocit nezvládnutelného hladu. Tlak balónkové manžety na nervová zakončení v horní části žaludku signalizuje mozgovým centřům navození pocitu plného žaludku. Dietologické usměrnění tedy umožňuje snížit denní dávky potravy bez velkého trápení hladem (Banding klub, 2008).

Gastrická bandáž se ukázala být pro mnoho dospělých významným řešením v léčbě obezity, krom výhod však s sebou nese i značná rizika. Na univerzitě v Arkansasu výzkumy ukázaly, že tato operace může vyvolat halucinace, zmatenost a jiné neurologické symptomy, způsobené nízkou absorpcí vitamínů. Ta se nezřídka projevuje také na slabosti, snížené citlivosti až otupělosti, či na ubývání vlasů a vysušenou pletí. Bezesporu však tento zákrok přináší také mnoho výhod. Riziko infarktu klesá ze 37 % na 18 %, mizí spánkové apnoe a astma, odlehčení kolen snižuje riziko artritidy, ubývá pocitů pálení žáhy (pokud se pacient nepřejídá, což vede ke zvracení a bolesti na hrudníku) a dochází ke zlepšení inkontinence (MacMillan, 2007).

Vzhledem k výhodám, které bandáž žaludku může přinést, se rozpoutala diskuze ohledně tohoto chirurgického zákroku i u náctiletých - zda ji provádět a v jakých případech. Zatím není známo, co tak radikální zákrok v ještě se vyvíjejícím těle přinese z dlouhodobého hlediska. Přesto jsou centra, kde již patnáctileté dívky mohou obdržet silikonový kroužek, jež má krom zlepšení zdravotního hlediska přinést i změny v jejich společenském životě (Frantzides, 2003).

I když operace může způsobit výrazné změny v oblasti zdravotního stavu, podle výzkumu italského týmu se ukázalo, že úbytek váhy po operaci vysvětluje pouze 10% změny ve vnímání kvality života a spokojenosti s vlastním tělem. Faktory, které se podle několika dotazníků a testů v kombinaci s váhovým úbytkem ukázaly mnohem důležitější, byly optimismus a emocionální inteligence (Di Cosmo et al., 2006).

## 5.5. Psychoterapie

Nedílnou součástí léčby obezity je samozřejmě i psychoterapie. V dnešní době je nejrozšířenější kognitivně - behaviorální přístup (dále KBT), který vychází z předpokladu, že nevhodné jídelní a pohybové návyky jsou naučené, a tedy je možné se je odnaučit. KBT je zaměřená na odstraňování poruch, symptomů (nebo-li nesprávných návyků) a jejich příčin pomocí speciálně konstruovaných postupů, při kterých se využívají zákonitosti učení (Kondáš, 1973). Aby se dosáhlo změny těchto návyků, je třeba analyzovat a modifikovat řadu zevních faktorů, které chování ovlivňují.

U normostenického jedince je podnětem pro jedení zpravidla fyziologický hlad. U jedince obézního se často spouštěčem jedení stávají „chutě“ na určitá jídla při jejich dostupnosti; jindy je spouštěčem konzumace špatná nálada či určitá situace.

Jeden ze zakladatelů KBT obezity prof. Albert Stunkard z Pensylvánské univerzity vyslovil hypotézu, podle které je sytost podmíněným reflexem, specifickou formou učení. Pocit nasycení je podmíněným podnětem, který se spojuje s nepodmíněným podnětem - zaplněním žaludku. Podávání potravy nízké energetické hodnoty, ale velkého objemu, navozuje pocit sytosti. Tohoto poznatku Stunkard využil při koncipování behaviorální léčby, jejímž cílem je postupná systematická převýchova obézního zaměřená na změnu nevhodných pohybových a jídelních návyků a postojů k jídlu i celkovému životnímu stylu (Málková, 1992).

V KBT se používá celá řada technik, které se vzájemně prolínají. Při KBT obezity se zpravidla využívá čtyř základních technik. Jsou to techniky sebekontroly, techniky vnějšího posilování terapeutem, techniky skrytého podmiňování a averzivní techniky (Málková, 1992). Z hlediska terapie obezity budou stručně rozebrány tyto základní druhy technik:

1. Techniky sebekontroly
2. Techniky kognitivní
3. Techniky vnějšího zpevnování
4. Relaxační techniky

*ad 1. Techniky sebekontroly*

Cílem technik sebekontroly je vypěstovat u obézních postupným nácvikem schopnost sebeovládání. Sebekontrola umožňuje aktivní modifikaci chování v žádoucím směru a je nezbytná při utváření nových vzorců potravního chování a celkové změně životního stylu.

*ad 2. Kognitivní techniky*

Kognitivní techniky jsou zaměřeny na vědomou zkušenost člověka a vycházejí z poznatku, že vědomé obsahy prožívání a chování podléhají našemu poznávání a vědomému zpracovávání. Navozením změn v kognitivní oblasti je možno docílit změn v hodnocení, postojích, názorech, přesvědčeních a následných změn v prožívání a chování člověka.

*ad 3. Techniky zpevnování*

Při léčbě obezity je nejdůležitější motivace. Motivy mohou být různé - zdravotní, společenské i estetické. Mohou být ovlivněny společenským tlakem i subjektivní nespokojeností s vlastním vzhledem. Prvním krokem k úspěšné léčbě je objevení správného motivu samotným klientem. Málková (1992) zdůrazňuje, že při vhodné indikaci kognitivně - behaviorální terapie by se mělo postupovat od technik sebekontroly a vnějšího zpevnování prostřednictvím terapeuta nebo druhé osoby. Sebekontrola tedy umožňuje rozvoj správných a trvalých vzorců jídelního chování a správné postoje k jídlu, pohybové aktivitě a celkovému životnímu stylu.

#### *ad 4. Relaxační techniky*

Podstatou relaxačních technik je naučit se uvolnit napětí, které často vzniká v nejružnějších zátěžových situacích tak, aby nemuselo být odreagováno nežádoucím způsobem. Relaxace může být jednou z účinných metod, jejichž pomocí se pacienti (klienti) sami přesvědčí, že mohou mít své problémy (symptomy) pod kontrolou. Zároveň může mít pozitivní vliv i na kognitivní procesy.

Relaxace zvyšuje přístupnost pozitivních informací do paměti a umožňuje nalézat alternativy k myšlenkám budícím pocity ohrožení. Pomocí relaxačních technik se učí obézní ovládat především svoje emoce, které je dříve podněcovaly ke konzumaci jídla nebo k přejídání. Po zvládnutí postupného nácviku těchto technik je pak hlavním činitelem terapie sám obézní, který tak získává správné návyky při jídle. Důsledkem je pomalý, ale vcelku trvalý úbytek hmotnosti bez nežádoucích vedlejších účinků.

Nadějné výsledky přinášejí studie zabývající se srovnáním úspěšnosti KBT v kombinaci s nízkoenergetickými dietami. Bylo sledováno několik skupin - po ukončení léčby bylo nejlepších výsledků dosaženo ve skupině kombinované terapie. Při dalším sledování se prokázalo, že dlouhodobé udržení úbytku hmotnosti podporuje lépe behaviorální modifikační program (Atkinson et al., 1992).

KBT se obvykle provádí ve skupinách v redukčních klubech. Její výhodou oproti terapii individuální, která se provádí na obezitologických jednotkách, je soutěživost mezi frekventanty a vzájemné posilování jak v motivaci k redukci, tak k dodržování redukčního režimu.

V roce 1961 byla ve Spojených státech založena Jean Nidetchovou patrně nejznámější z těchto organizací WWI (Weight Watchers International). Tato organizace pořádá každý týden



školení, jehož cílem je převýchova obézního a umožnit vzájemné kontakty klientů se stejnými problémy. Neméně známé jsou spolky TOPS (Také Off Pounds Sensibly - Hubněte rozumně) a KOPS (Keep Off Pounds Sensibly - Rozumně si hlídejte svou váhu). Také tyto skupiny pořádají školení, mají své instruktory a odborný dozor. Jejich činnost je zaměřena na převýchovu obézních (Doleček a Slavík, 1984).

U nás jsou nejrozšířenější redukční kluby STOB (Stop obezitě), které jsou pořádány společnostmi lékařů a psychologů. Cílem tohoto komplexněji orientovaného redukčního programu je seznámit obézní pacienty se správnými stravovacími a pohybovými návyky a pomocí některých technik používaných v behaviorální psychoterapii se pokusit odstranit jejich dosavadní návyky a naučit je vhodnějšímu jídelnímu a pohybovému chování. Základním předpokladem je i změna postoje k obezitě, která by měla směřovat k celkové dlouhodobé změně životního stylu (Málková, 1992). Pravidelná společná kontrola váhy a měření tělesných obvodů podporuje soutěživost a další redukci. Ti, kteří k pravidelným kontrolám docházejí, docílí obvykle většího hmotnostního poklesu (cca 16,5 kg za rok) než ti, kteří na kontroly přichází sporadicky (u nich se váha obvykle vrací k původní hodnotě).

Samozřejmě se vyskytují i jedinci, kterým je soutěžení a přítomnost ve skupině nepříjemná - což však ještě neznamená, že nejsou k úbytku hmotnosti dostatečně motivovaní. Je důležité tyto jedince včas podchytit a poskytnout jim individuální terapii.

Psychoterapie má krom hmotnostních úbytků ještě další důležité funkce, a to zejména ve změnách vnímání vlastního těla a snížení pocitů stresu, které se u lidí s nadváhou ve spojení s jejich postavou objevují (Wiltink et al., 2007).

*Stejně jako je velké množství příčin vzniku a rozvoje nadváhy a obezity, je též mnoho způsobů, jak nadváhu snížit. Záleží samozřejmě na každém, který způsob bude považovat za pro něj nejvhodnější a ten si zvolit. Jak jsme však již zmínili výše - nadváha a obezita je komplexní záležitostí a mívá příčiny v mnoha oblastech - proto i při snižování hmotnosti je důležité možné způsoby zkombinovat a propojit.*

## 6. Nadváha a hlídání hranic osobního prostoru

Na nadváhu a obezitu – na vznik i způsoby léčby – se dá jistě dívat z mnoha úhlů pohledu, z nichž ty nejzákladnější jsme se pokusili nastínit výše. Nyní bychom si dovolili k obecně uznávaným pohledům na tuto problematiku přidat další. Stále nás totiž zaměstnává zdánlivě jednoduchá otázka: „Proč někteří lidé přibírají a jiní ne?“ Skutečně se dá vše vysvětlit argumenty o přílišném přísunu kalorií, nedostatku pohybu, genetických dispozicích, hormonálních příčinách a lécích?

Poslední kapitola knihy „Body image“ od Grogan s názvem „Jaké jsou příčiny nadváhy“ se touto otázkou zabývá a předpoklady o tom, že obézní jedinci více jedí, méně se pohybují či jsou obézní díky genetickým dispozicím, vyvrací (Grogan, 2000). Existují tedy nějaké další důvody, kterých si dosud nejsme vědomi?

*Asi před 10 lety, když jsem se z roční stáže v Americe vrátila o 10kg těžší, přemýšlela jsem, jak se jich co nejjednodušeji zbavit a zároveň se vyhnout jo-jo efektu. Rozhodla jsem se zeptat svých štíhlých kamarádek, které s postavou nikdy problémy neměly, co a jak jedí a pak je napodobit. Předpokládala jsem, že mají nějaký promyšlený systém, jak se před nadváhou chránit. Jaké však bylo mé překvapení, když odpovědi, které jsem dostala, byly v jádru totožné: „Jím přece to, na co mám chuť, ne?“*

*Jelikož touto otázkou jsem klíč ke štíhlé postavě nezískala, napadlo mě, že rozdíl by mohl být v tom, jak vystupují – možná se přirozeně štíhlí lidé vůči svému okolí chovají jinak, než lidé, kteří mají s nadváhou problémy.*

*Začala jsem tedy pozorovat. Skrytě, při každé vhodné příležitosti. Ve škole, na kurzech, v obchodě – při interakcích, kde se vyskytovala buď osoba s nadváhou nebo osoba štíhlá.*

Kromě toho, že každá situace byla úplně jiná, po čase z nich začala vystupovat jedna zvláštnost, kterou bychom se pokusili popsat jako „odlišnou práci s vlastním prostorem“. Zjednodušeně řečeno, z pozorování interakcí vyplývalo, že osoba s nadváhou si ve většině případů druhého člověka – byť třeba cizí osobu – připustila daleko víc k tělu. Nikoli pouze „fyzicky blíž“, ale prozradila na sebe mnoho věcí, které by mohly být považovány až za intimní, a pokud byla požádána o laskavost, měla spíše tendenci vyhovět a to bez velkého vyptávání. K osobě štíhlé naopak nebylo tak snadné „proniknout“, hlídala si svůj prostor i soukromí a pokud byla požádána o laskavost, více se snažila zjistit proč.

Možnost, že by to takto fungovalo nám připadala natolik zajímavá, že jsme se rozhodli provést výzkum, který by tuto variantu ověřil. Jelikož naše pozorování má souvislost s prostorem, pojďme se na něj nejprve podrobně podívat.

## **6.1. Prostor**

O otázce prostoru pojednává zejména sociální psychologie. Objevíli jsme několik fenoménů, které s vlastním prostorem a jeho vymežováním souvisejí. Pokusíme se je zde nastínit a vztáhnout na danou problematiku. Půjde zejména o *teorii pole Kurta Lewina*, *teritorialitu*, *osobní prostor* a *osobní zóny*.

### **6.1.1. Teorie pole Kurta Lewina**

Kurt Lewin proslul zejména svou teorií pole, jejíž základní myšlenkou je předpoklad, že chování je funkcí interakce mezi jedincem a prostředím. Součástí teorie pole je koncept tzv. *životního prostoru*, který autor definuje jako „soubor navzájem závislých faktorů, které formují část psychologické zkušenosti

jedince. V životním prostoru jsou zahrnuty jak pozice a postoje dané osoby, tak její psychologické prostředí; jinými slovy prostředí takové, jaké ve skutečnosti je, i jak ho daná osoba vnímá" (Sánchez, 2002).

Aby Lewin mohl vysvětlit psychologické fenomény dynamického charakteru, doplňuje svou topologickou psychologii o *psychologii vektorovou*, jejímiž základními koncepty jsou *lokomoce*, *síla*, *napětí* a *valence*. *Lokomoce* je pohyb z jednoho místa na druhé, jehož směr a velikost jsou určeny *valencí*. *Valence* je vlastností objektů v poli jedince, může nabývat pozitivních i negativních hodnot a její druh a síla závisí na aktuálním stavu potřeb daného jedince (Sánchez, 2002).

Pokud se ve struktuře pole vyskytnou nějaké změny, mohou vyvolat tenzi, kterou má osoba tendenci redukovat. Tato tendence k redukci je aplikací pravidla „dobrého tvaru“ z gestalt psychologie. Osoba se však nemůže zabývat pouze změnou této jedné síly, musí vzít v potaz celý soubor sil, který se v daném momentě v celém systému vyskytuje. Jestliže výslednice sil je nulová, co se týče velikosti sil, ale síly mají protichůdný význam, v poli není možný pohyb a objeví se konflikt. Velikost konfliktu proporcionálně odpovídá absolutní velikosti sil v daném poli (Sánchez, 2002).

Víme tedy, že pokud se v jedincově poli vyskytnou dvě síly stejné velikosti, ale opačného směru, jedinec se dostává do konfliktu. To, jak tento konflikt zpracuje, závisí na jeho rozhodnutí. (Navíc se tak před ním otvírá volba, zda prožívající tenzi dá svému okolí najevo, nebo se ji pokusí zamaskovat a prožívá ji pouze vnitřně). V každém případě pokud konflikt nějakým způsobem nevyřeší, zůstává v pozici, která je z hlediska prožitku nepříjemná.

Pokud by těmito dvěma silami byl například kolega v práci, který žádá o pomoc a zároveň jedincova vlastní pracovní vytíženost, může dát přednost dokončení své práce a pomoc

*kolegovi odmítnout s tím, že teď je nesmírně zaneprázdněn – a tlak v poli tím snížit. Anebo i přes nedostatek času může kolegovi vyhovět. Za podmínky, že oním jedincem je člověk, který pomáhání druhým přikládá vysokou hodnotu, varianta odmítnutí povede k pocitům viny či sobeckosti, varianta vyhovění nicméně k pocitům stresu a vyčerpání. Když na jeho místě bude osoba, která jako primární vidí svou psychickou a fyzickou pohodu, řekne si, že kolegová práce může počkat, až on zvládne svůj pracovní nápor a bude mít více času.*

*Oba byli ve stejné situaci, jeden však na základě svého vnitřního postoje odchází vyčerpán, druhý s dostatečným množstvím sil na zvládnutí zbytku dne.*

### 6.1.2. Teritorialita

Abychom mohli hovořit o teritorialitě, nejprve je třeba si ujasnit, co myslíme pojmem *teritorium*. Fraňková a Klein rozumí teritoriem „tu část prostoru, která je nezbytná k optimálnímu průběhu určité aktivity jedince, páru nebo skupiny a je aktivně obhajována především vůči průniku vetřelce vlastního druhu“ (Fraňková, Klein, 1997). Dle Altmana „teritoriem máme na mysli jistou geografickou oblast, která slouží k uspokojení našich potřeb a motivací“ (Altman, 1979 in Sánchez, 2002). Téměř všechny aktivity, které provádíme, se týkají určitého teritoria, což znamená, že stejně jako zvířata máme rozvinuto teritoriální chování (Sánchez, 2002).

### **Lidská teritoria lze rozdělit do dvou typů:**

- **Oficiální** - toto teritorium si člověk většinou ohradí a různými způsoby upozorňuje ostatní, že to je jeho soukromý majetek. Používá k tomu různé výstražné nápisy: „zákaz vstupu“, „soukromý majetek“, „pozor zlý pes“. Fyzickému narušení soukromého teritoria je bráněno plotem, zábradlím, zámky, poplašným zařízením, pomocí hlídacích psů (Fraňková a Klein, 1997).
- **Spontánní** - udržuje se nepsanými dohodami, za pomoci různých forem neverbální komunikace (Fraňková a Klein, 1997). Často můžeme např. sledovat, jak si lidé přivlastňují prostor a domáhají se vlastnických práv v situacích, kdy se na určitém místě v určitém čase vyskytne pohromadě více osob. Například v učebně si každý student vybere určitou lavici a v ní v průběhu roku sedává. Pokud si na toto místo sedne jiný student, ostatní mu obvykle naznačí, že zde je již obsazeno. „Vetřelec“ navíc zpravidla uzná právo prvního a bez protestů změní místo. Pokud nový příchozí místo opustit odmítá, vznik skupinového konfliktu je nasnadě (Shaw, 1983).

Teritorialita tedy v důsledku znamená, že za určitých podmínek respektujeme vymezený geografický prostor jakožto vlastnictví jisté osoby či skupiny osob (Shaw, 1983).

#### **6.1.3. Teritorialita individuální**

Jednotlivec má ve zvyku přivlastňovat si určitá teritoriální práva jak na objekty umístěné v prostoru (stoly, židle a pohovky) tak i na větší prostorové plochy (místnosti) (Shaw, 1983).

Altman a Haythorn (1967 in Shaw, 1983) ve svém experimentu studovali izolovanou dyadickou interakci. Během izolace se u členů dvojice rozvíjely zjevné preference pro určitou židli, stůl nebo postel. Stupeň, do jakého se tento fenomén vyskytl, záležel na kompatibilitě potřeb: pokud oba zkoumaní měli potřebu dominance velmi vysokou či velmi nízkou, „teritorialita“ byla mnohem jasněji vyznačena, než když potřeby dominance byly kompatibilnější (vyšší u jednoho a nižší u druhého) (Shaw, 1983).

Lidé mají tendenci nárokovat si určitý fyzický prostor a objekty, které do něj patří. Před ostatními ho brání a své „vlastnictví“ dávají najevo prostřednictvím různých znaků a symbolů. Tato teritorialita slouží k ochraně jednotlivce před ostatními; poskytuje prostor pro soukromí, které by se možná ani jiným způsobem nedalo získat. V určitých případech může teritorialita posloužit k upevnění dominance (Shaw, 1983).

#### 6.1.4. Osobní prostor

Osobní prostor se na rozdíl od teritoriality vztahuje přímo k tělu jednotlivce. Osobní prostor se přemísťuje zároveň s člověkem – není tedy spojen s žádným geografickým místem – a my ho považujeme za soukromý. Little definuje osobní prostor jakožto „oblast, která jedince přímo obklopuje a ve které se odehrává většina interakcí s ostatními lidmi“ (Little 1965 in Shaw, 1983). Sánchez se o osobním prostoru vyjadřuje jako o „zóně, která obklopuje člověka a je nabitá emocemi“ (Sánchez, 2002). Dle konceptu Sommera „osobní prostor má pružné hranice, které se mění podle toho, jaké má subjekt osobní a sociální vztahy s ostatními, stejně tak podle povahy a účelu interpersonálního kontaktu“ (Sommer 1959 in Shaw, 1983). Sommer osobní prostor dále přirovnává k bublině či jakémusi vyzařování,



které obaluje naše tělo: „oblast s neviditelnými hranicemi, která obklopuje tělo každého z nás a do níž nemůže vstoupit žádný vetřelec“ (Sommer 1969 in Sánchez, 2002).

Shaw navrhuje možnost, že velikost a tvar osobního prostoru zůstává konstantní – to co se mění, jsou reakce daného člověka. Podle toho, jak vstupujícího vyhodnotí a dále podle situace, ve které se narušení osobního prostoru odehraje. Ve shodě s touto koncepcí lze říci, že osobní prostor jedince je vymezen určitou imaginativní linií, která se nachází v bodech, za nimiž přiblížení jiné osoby již vyvolává afektivní reakci. Tato reakce může být velmi pozitivní (pokud se přiblíží osoba oblíbená), velmi negativní (když se přiblíží osoba nesnášená) nebo mezi těmito dvěma extrémy, podle toho, jak dotyčný vstupujícího vyhodnotí. Rozhodující je fakt, že osoba reaguje na základě vzdálenosti druhého člověka (Shaw, 1983).

*Koncepce Sommera i Shawa se shodují v tom, že kolem svého těla máme určitou zónu, a pokud nám do ní vstoupí nevítaná osoba, vyvolá to v nás nepříjemné pocity. Otázkou zůstává, jak s těmito pocity naložíme. Můžeme je druhému dát najevo a případně (třeba i za cenu konfliktu) ho přimět k tomu, aby náš osobní prostor respektoval. Ne všichni jsme však stejní, lidé mají různé hodnotové systémy a u některých jedinců může v takovýchto situacích převážet určitý „submisivní“ postoj, který bychom mohli vyjádřit např. vnitřním rozhovorem typu: „přeci nemůžu dát najevo, že mi je toto nepříjemné, manžel by se mohl urazit“, „co by si o mně kamarádka pomyslela“, „vždyť ta moje kolegyně se ke mně zas až tak nepříjemně nechová“ atd. Zkrátka, někteří si své pocity racionalizují a v důsledku svou skutečnou pocitovou reakci najevo nedají. Tím se však negativních pocitů (neboli vnitřního konfliktu), které v nich svou blízkostí druhý vzbuzuje, pravděpodobně nezbaví a nabízí se otázka, jak se s nimi vypořádají: pravděpodobně bude třeba je nějakým způsobem kompenzovat.*

### 6.1.5. Obrana osobního prostoru

#### Přeskokové aktivity

Jedním ze způsobů „řešení“ konfliktové situace jsou tzv. *přeskokové aktivity*, které v roce 1940 nezávisle na sobě objevili A. Kortland a N. Tinbergen. (Např. dva kohouti jsou připraveni k souboji, zaujmou hrozebný postoj, ale najednou místo souboje obrátí a začnou zobat zrní.) (Fraňková a Bičík, 1999)

Přeskokové aktivity se v různých konfliktových situacích projevují i u lidí:  $(A + B \Rightarrow C)$

- Objevují se obvykle v situacích, kdy je konflikt mezi dvěma motivacemi poměrně silný, ale neuvolní přechod od chování typu A k chování B.
- Chování jako by „přeskočilo“ do jiného motivačního systému (C), do typu chování, které je výrazem jiných motivací, než je chování A nebo B.

Prováděné činnosti jsou často vzhledem k probíhající situaci (z pohledu pozorovatele) neadekvátní až nesmyslné, mohou však získat druhotně důležitou ritualizovanou funkci (Fraňková a Bičík, 1999).

#### Substituční chování

Substituční chování má povahu kompenzace nedosažitelného cíle. Jednoduchým případem je náhrada za nedostupný sexuální objekt jiným, dostupným. Složitější je náhrada frustrovaných citů příklonem ke zvířatům a věcem, např. chování koček a sbírání panenek jako substituce neuskutečněného mateřství,

„nahrazování vyšších zážitků nižšími, např. pocit vlastnictví (Balaštík 1988 in Nakonečný 1996).

Substituční povahu může mít manželská nevěra, která není motivována sexuální frustrací nebo touhou po dobrodružství, ale nevědomým trestáním manželského partnera. Manžel, který své ženě neustále něco vytýká, si neuvědomuje, že skutečnou příčinou toho není nepořádek v domácnosti, jak si namlouvá, ale např. nevědomá agrese vyvolaná tím, že jeho sexuální aktivity nevyvolávají u manželky dostatečnou odezvu (Nakonečný, 1996).

### Obranné reakce

Výsledky, které poskytl McBride naznačují, že pokud se přiblížíme k osobě a zredukujeme tak vzdálenost, jež dotyčná nastavila, vyvoláme u ní obrannou reakci.

Mnoho typů těchto reakcí odhalil při svých experimentech Sommer. První z nich provedl v otevřeném psychiatrickém pavilonu, kde měli pacienti volný přístup do parku. Pokud Sommer viděl nějakého osamoceného muže, přišel k němu a beze slova si sedl těsně vedle něho. Pokud se pacient odsunul, Sommer se k němu opět přiblížil. Pacienti na toto Sommerovo chování nejčastěji reagovali odchodem. Někteří odvraceli obličej, zkřížili paže, přitáhli lokty k tělu. Dalšími znaky nepohodlí bylo škrábání se na obličej, ztížené dýchání, dívání se na hodinky nebo zatínání prstů (Shaw, 1983).

O popsání reakcí na vstup cizí osoby do osobního prostoru se též pokusila Nancy Russo v experimentu, ve kterém záměrně vstupovala do osobního prostoru studentkám, jež během studia v univerzitní knihovně seděly osamoceně. Posadila se buď hned vedle studentky, přímo naproti ní nebo do pozice, která byla v knihovně naprosto neobvyklá. Nejčastější reakcí byl odchod studentky, případně obranná gesta, změna pozice a podobné chování (Shaw, 1983).

Pokusy druhého o navázání kontaktu může člověk odmítat z různých důvodů. Někdy nám působí problém, máme-li druhého odmítnout slovně – k zabránění kontaktu používáme různé neverbální prostředky:

- **Ruce** – můžou se zkřížit před tělem, zakrýt ústa, oči, celý obličej. Zatnout v pěst.
- **Naklonění těla** – postojem lze vyjádřit odmítání kontaktu.
- **Používání předmětů**
  - jídelní lístek, noviny, kouř (zahalí člověka)
  - knihy, tmavé brýle, noviny, deštník
  - předstírané zaujetí jinou aktivitou (Fraňková a Klein, 1997).

Z výše uvedených studií plyne, že jedinci na ochranu svého osobního prostoru používají různé techniky. Pokud tyto techniky selžou, nevyžádané vniknutí jiného individua vyvolá znepokojení, nepohodlí a jiné negativní pocity, na základě kterých se většinou stáhnou.

#### 6.1.6. Osobní zóny

Osobní prostor, který určitou měrou slouží k vyznačení vzdálenosti mezi dvěma osobami, se snadno přemění na prostor interpersonální. Každý vztah mezi dvěma osobami však vyžaduje jiné podmínky (Sánchez, 2002). Např. „oblast osobního prostoru, která má být určena vzdáleností pohodlného přiblížení, je menší ve vztahu k objektům osobním než neosobním, stejně tak jako je menší pro osoby blízké než pro ty, se kterými nemáme příliš úzký vztah“ (Shaw, 1983).

Osobními zónami se zabýval především antropolog Edward T. Hall, který identifikoval 4 hlavní rozměry, neboli zóny osobního prostoru: *intimní, osobní, společenskou* a *veřejnou*. Každá z nich představuje velikost „bubliny, kterou se pokoušíme udržet si během různých setkání“ (Hall, 1966 in Lewis, 1989).

### 1. Zóna veřejná

*Užší zóna* vzdálenosti veřejné (3,7 - 7,6m) je dostatečně velká pro komunikaci s cizími lidmi, abychom případně mohli provést úhybný manévr, když situace během setkání začne vypadat hroživě. *Širší zóně* veřejné vzdálenosti (7,6 m a více) dávají přednost učitelé a přednášející; je to také vzdálenost, která zvyšuje autoritu těch, kteří si ji dokážou udržet.

### 2. Zóna společenská

Vzdálenost společenská je určena pro setkání s cizími lidmi a pro formální jednání; je vhodná při schůzích, diskusích, pohovorech a neosobních výměnách názorů. Přesun z *užší* (1,2 - 2,1m) do *širší* (2,1 - 3,7m) společenské zóny nebo použití společenské zóny tam, kde by byla spíše očekávána zóna osobní, může vyvolat nechuť nebo nesouhlas (Lewis, 1989).

### 3. Zóna osobní

*Užší zóna* vzdálenosti osobní se nachází 45 - 90cm od našeho těla a aniž by vyvolala znepokojení, vstoupit do ní mohou jen blízcí přátelé a příbuzní. Tento osobní prostor si běžně chráníme ve veřejné dopravě, čekárnách a restauracích taškami, kabáty, klobouky, knihami, zkřížením nohou či založením rukou na prsou pro vyznačení svého teritoria. *Širší zóna* osobní vzdálenosti je určena pro rozhovor s náhodnými přáteli, obchodními partnery, sousedy a kolegy, s nimiž jsme v dobrých, ale nikoli důvěrných vztazích. Pokud nám tuto zónu naruší cizí

lidé, často se snažíme zachovat si vzdálenost na základě instinktivní a podvědomé reakce - ucouváme (Lewis, 1989).

#### 4. Zóna intimní

Intimní zóna se dělí na užší zónu (do 15cm od našeho těla), která je určena pouze pro milování, objímání, útěchu a ochranu (s výjimkou lékařů je tato zóna vyhrazena pro nás samotné a naše nejintimnější společníky) a širší zónu, která se nachází 15 - 45cm od našeho těla a je místem, kam umožňujeme přístup svým příbuzným a blízkým přátelům.

„Pro Evropany a Severoameričany má tato zóna rozhodující význam, protože jakékoli její narušení cizími osobami, dokonce i s naším svolením, vyvolává prudký nárůst vzrušení. V závislosti na okolnostech setkání pak můžeme pociťovat toto narůstající fyzické i psychické napětí jako úzkost, hněv, podrážděnost nebo strach“ (Lewis, 1989).

Jak je z textu patrné, nedodržení těchto zón či jejich užití nesprávným způsobem může způsobit značné komplikace. D. Lewis sice předpokládá, že tyto zóny jsou Evropany a Severoameričany vnímány stejně (Lewis, 1989), nicméně Sánchez hovoří o tzv. „kontaktních“ a „nekontaktních“ kulturách - mezi první řadí např. vesničky ve středomoří či latinskou Ameriku, mezi kultury „nekontaktní“ zase země anglosaské či německé (Sánchez, 2002).

*My se přikláníme spíše k Sánchezovi a pro ilustraci ani nemusíme jezdit daleko - stačí rozhlédnout se po Evropě. Můžeme si například všimnout, že vzdálenost, kterou Španěl ještě považuje za osobní, Fin už vnímá spíše jako zónu intimní, a když je budeme pozorovat při rozhovoru, je možné, že uvidíme, jak Fin stále nenápadně ustupuje a Španěl se k němu snaží přiblížit. Španěl se přitom pravděpodobně bude cítit velmi nejistě a možná*

*bude přemýšlet o tom, co je na něm tak špatného, že se jeho partner neustále odtahuje; Fin se zas dost možná bude cítit dotčen Španělovou „vlezlostí“. (Tento jejich vnitřní rozhovor nastane pouze za předpokladu, že tito dva neznají kulturní zvyky zemí toho druhého) (Štětovská, 2004).*

Víme, že narušení intimní zóny cizími osobami vyvolá prudký nárůst vzrušení, které můžeme pocítovat jako úzkost, hněv, podrážděnost nebo strach. Svůj osobní prostor si běžně chráníme a používáme k tomu různé předměty, symboly a signály. Pokud nám někdo do naší osobní zóny vstoupí, na základě instinktivní a podvědomé reakce si zachováme vzdálenost a ucouváme. A pokud použijeme určitou zónu tam, kde by byla spíše očekávána jiná, můžeme vyvolat nechut' nebo nesouhlas.

## **6.2. Hranice osobního prostoru**

Již jsme se zmiňovali o jisté linii, která odděluje náš osobní prostor od okolí. Pro lepší srozumitelnost můžeme tuto linii nazývat *hranicí*.

Pokud hovoříme o hranici mezi státy, máme na mysli linii, která odděluje jeden stát od druhého, a kterou (ve většině případů) oba státy respektují. Některé hranice jsou průchozí snadněji (mezi státy EU), některé hůře (mezi Severní a Jižní Koreou), v některých případech si zas nejsme jisti, kde přesně daná hranice leží (Izrael a Palestina). I tento zdánlivě banální příklad naznačuje, že mezi hranicemi mohou být značné rozdíly.

Pokud je hranice správně postavená, tzn. obě strany její umístění respektují, může hranice splňovat dvě velmi důležité funkce. Hranice jednak oddělují a jednak spojují. Právě proto, že díky hranici přesně víme, jestli se právě nacházíme v Čechách nebo v Rakousku, víme, jaký jazyk máme použít při komunikaci

s místními lidmi, jaká pro nás platí pravidla na dálnici, za jaké peníze zde nakoupíme atd. Hranice nám umožňuje vědět, kde jsme, jak se máme na daném místě chovat, co je pro nás závazné a co ne – a díky tomu se můžeme vyhnout nejistotě, zmatku, zbytečným přestupkům, nedorozuměním atd. Hranice v jistém slova smyslu poskytují bezpečí.

Hranice mezi státy nám mohou posloužit jako paralela pro „hranice“ mezi lidmi. Hranice nás definují. Určují, co jsem a co nejsem. Hranice ukazuje, kde končím já a kde začíná někdo jiný, což ve mně upevňuje pocit vlastnictví. Když vím, co mám vlastnit a za co nesu zodpovědnost, dává mi to pocit svobody (Cloud a Townsend, 2004). Hranice vymezují, co do našeho života patří a co ne, co v něm mít chceme a co nechceme, co pro nás je přijatelné a co není. To všechno je ovšem viditelné jen z našeho úhlu pohledu, nikdo jiný to nevidí a ani vidět nemůže.

Dle Kurta Lewina se s nejasnými hranicemi v první polovině minulého století potýkaly například menšiny v USA, jejichž volný pohyb byl omezen diskriminací a předsudky. Černoch, žid, orientálec a často ani katolík nevědí, kde jejich prostor pro svobodné vyjádření začíná a kde končí. Tato nejistota má psychologické následky: často jsou neklidní a obzvláště pokud se domnívají, že vyjádřená agrese bude úspěšná, napadají překážky, které se jim staví do cesty (Lewin, 1948).

### 6.2.1. Hranice osobního prostoru a souvislost s nadváhou

Jelikož hranice osobního prostoru, o kterých hovoříme, na rozdíl od hranic mezi státy nejsou nijak viditelně vyznačené, pokud chceme, aby ostatní naše hranice respektovali, musíme jasně označit, kde naše hranice jsou. Jinými slovy, pokud



ostatním nedáme najevo, co se nám líbí a co ne, těžko můžeme čekat, že na to přijdou sami.

To ovšem zdaleka nemusí být tak snadné, jak se na první pohled zdá. Aby kdokoli mohl dát jinému člověku najevo, že je mu něco nepříjemné, musí si to nejprve sám uvědomovat a ještě nemít obavu tento svůj pocit projevit.

Pokud chceme hovořit o hranicích, nelze vynechat otázku sebehodnocení či pocitu vlastní hodnoty, která v procesu hlídání si vlastních hranic hraje nemalou úlohu. Pokud si má jedinec chránit své hranice podle toho jak je cítí a jak mu jsou příjemné, nesmí např. jeho pocit vlastní hodnoty záviset na souhlasu ostatních nebo na tom, jak je ostatními přijímán. Pokud jeho hlavní motivací je např. touha vyhovět ostatním („být hodný kluk – hodná holka“), sotva může plně respektovat své vlastní pocity a jednat s nimi v souladu. Pokud se domnívá, že se musí k ostatním chovat tak, aby ho přijímali, těžko může projevit nesouhlas, nevoli či odmítnout o co je žádán, protože „pak by ho mohli přestat mít rádi“.

Z výše řečeného se nabízí otázka, nakolik jsme si my sami svých hranic vědomi a do jaké míry si uvědomujeme, co je nám ještě příjemné a co už považujeme za nepříjemné, tedy nakolik v tom, co ostatní necháme, aby si k nám dovolili, hraje roli skutečný pocit „to chci nebo nechci“ či „to se mi líbí a to se mi nelíbí“, nebo spíše naučené a přejaté stereotypy a vzorce typu „to by se mělo či toto by se nemělo“ nebo „to se smí a toto se nesmí“, se kterými se mnohdy ve skutečnosti ztotožňujeme, avšak racionálnímu vyhodnocení situace kolikrát neodpovídají.

*Jako příklad můžeme uvést třeba mladou ženu na diskotéce, o jejíž přízeň se snaží pro ni nesympatický starší muž. Ráda by se ho zbavila, ale výchovou přejaté vzorce chování (např. "nesmím být neslušná") jí zabraňují naplno vyjádřit, že jeho přítomnost*

*je pro ni nevíтанá. Tak setrvává dále v situaci, která je pro ni nepříjemná, jen s rozpačitým úsměvem na rtech...*

Těž není jasné, jak dobře jsme schopni rozlišit to u ostatních. Jak blízko se můžeme ke druhému postavit, jak a kde se ho můžeme dotknout nebo co si můžeme dovolit mu pochválit, zkritizovat, doporučit, připomenout či zazlívát?

*Zde můžeme naopak použít příklad onoho staršího muže, který si vyhlédl mladou atraktivní dívku na diskotéce a snaží se ji zaujmout. Jelikož směrem k němu nepřicházejí žádné signály, které by poukazovaly na to, že jeho přítomnost je pro ni nežádoucí, dál pokračuje ve svých „dvořivých“ aktivitách.*

Důvodem, proč své hranice lidem kolem sebe neukazujeme, může být buď fakt, že my sami si své pocity neuvědomujeme (a pak sotva můžeme ostatním dát najevo co se nám líbí a co už ne), nebo si své pocity sice uvědomujeme, ale např. ze strachu ze ztráty zájmu či lásky druhého člověka je radši najevo nedáme. Obě tyto varianty však pravděpodobně vyústí v situace, kdy si od druhých necháme líbit a říkat věci, které jsou nám nepříjemné a neohradíme se; necháme je za nás rozhodovat, nebo se přizpůsobíme požadavkům, se kterými ve skutečnosti nesouhlasíme. Pokud se člověk příliš přizpůsobuje požadavkům okolí a nehledí na své skutečné touhy a potřeby, velmi pravděpodobně bude zažívat pocity menší či větší psychické nepohody až stresu.

Nyní vyslovíme otázku, o jejíž zodpovězení budeme usilovat v praktické části rigorózní práce. Člověk, který ostatním nedá najevo, co se mu líbí, nelíbí, co mu vadí či naopak nevadí, se dostává do vnitřní tenze, nepohody a jiných pocitů diskomfortu, které je nucen nějakým způsobem řešit. Bylo by možné, že pokud on sám své hranice nedokáže ochránit komunikací (verbální či neverbální), podvědomě se o to pokusí na fyzické úrovni pomocí svého těla a vytvoří si „hradbu“ k obraně svého území?

## **Praktická část**

## 1. Úvod k praktické části

V praktické části rigorózní práce tedy budeme zkoumat, zda se v chování jedinců s nadváhou a obezitou (ve smyslu prožívání a projevů navenek, nikoli životosprávy) vyskytují určité rysy, kterými se od lidí s normální hmotností odlišují. Zvýšená tělesná hmotnost v tomto pojetí bude brána jako fyzická reakce na něco, co by si dotyčný obézní jedinec mohl ošetřit komunikací.

Hovoříme-li o komunikaci, je třeba zmínit, že máme na mysli komunikaci verbální a komunikaci neverbální v „aktivním“ slova smyslu (např. mimika, gestika, posturologie, proxemika atd., viz např. kap. 6.1.5. Obrana osobního prostoru ) nikoli „pasivním“ (náš vzhled), který by právě začal přebírat funkci v momentě, kdy nepoužijeme ani verbální, ani výše popsanou komunikaci neverbální.

Cílem výzkumu je zjistit, zda existuje vztah mezi nadváhou (resp. body mass indexem) a schopností vymezit hranice svého osobního prostoru; zda existuje souvislost mezi tím, nakolik jedinec nechá ostatní, aby se k němu chovali způsobem, který se mu nelíbí nebo je mu nepříjemný (nakolik v jeho chování hraje roli skutečný pocit „chci/nechci“ či „líbí se mi/nelíbí se mi“ nebo spíše naučené a přejaté stereotypy a vzorce „to by se mělo/nemělo“ nebo „to se smí/nesmí“, se kterými se ve skutečnosti neztotožňuje) a jeho BMI.

Hypotézu se pokusíme nadefinovat takto: člověk, který vnímá, co je mu příjemné a co ne, a zároveň nemá strach dát ostatním najevo jak se cítí, se o svůj životní prostor dobře stará. Nezažívá pocity diskomfortu pramenící z nerespektování svých vlastních potřeb a nemá tedy důvod se proti něčemu bránit; jeho BMI se tak pohybuje v mezích normy.

Pokud však své potřeby nerespektuje a nechá si líbit věci, které jsou mu ve skutečnosti nepříjemné (ať už proto, že není schopen či ochoten si nepříjemné pocity připustit, nebo nemá odvahu se za sebe postavit), žije pod tlakem, ve stresu a v nepohodlí, a jeho BMI jako kompenzace těchto negativních prožitků je vyšší.

Tento výzkum je rozšířením a prohloubením naší původní práce. Jelikož ve skupině probandů diplomové práce (Filasová, 2005) nebylo dostatek osob se střední a těžkou obezitou, rozhodli jsme se je k již sebraným datům přidat a ta znovu celkově a za použití odlišných statistických metod zanalyzovat. V této práci se proto zaměříme zejména na nově získané výsledky, nicméně proces výzkumu pro větší přehlednost popíšeme.

## 2. Předchozí výzkumy

### 2.1. „Psychobez“

Jako pilotní studii k prozkoumání výše uvedeného předpokladu (zda se v chování jedinců s nadváhou a obezitou - ve smyslu prožívání a projevů navenek, nikoli životosprávy - vyskytují určité rysy, kterými se od lidí s normální hmotností odlišují), byl proveden předvýzkum „Psychobez“ (Filasová, 2004).

Sestavili jsme dotazník (viz Příloha 1), který se skládal ze 30 tvrzení, na které bylo vždy pět možných odpovědí: *Vždy, Často, Občas, Zřídka, Nikdy*. Stupeň nadváhy či obezity probandů byl zjišťován pomocí Body mass indexu (BMI) a předpokladem bylo, že naměřené BMI bude kladně korelovat s naměřeným hrubým skórem celého testu.

Po použití položkové analýzy se jako statisticky zajímavá ukázala tvrzení:

- 2. Ostatní lidé mi mohou ublížit.
- 4. Mívám pocit, že mi nikdo nerozumí.
- 11. Připadá mi, že mě ostatní lidé neberou vážně.
- 13. Připadám si před ostatními nechráněný/nechráněná.
- 15. Když mi někdo něco vyčítá, mám pocit viny.
- 16. Dám druhému zapravdu, abych se vyhnul/a konfliktu.
- 20. Ostatní si ke mně dovolují víc, než je mi příjemné.
- 22. Někdy si od ostatních nechám líbit něco, co je mi vlastně nepříjemné.
- 25. Připadám si ostatními lidmi využívaný/využívaná.
- 27. Jinému člověku ustoupím.

Tato tvrzení byla dále rozpracována v diplomové práci Psychologické aspekty nadváhy (Filasová, 2005).

## **2.2. Výzkum diplomové práce Psychologické aspekty nadváhy**

### 2.2.1. Pojetí výzkumu

V diplomové práci (Filasová, 2005) jsme navázali na výsledky předvýzkumu, tedy dále jsme rozpracovali tvrzení, která se ukázala statisticky významná. Sestavili jsme nový dotazník, který tentokrát obsahoval 22 položek a možné odpovědi byli již pouze čtyři: Vždy Často Občas Nikdy.

Jelikož stejnou metodu jsme použili i při rigorózní práci, zde zmíníme pouze výsledky výzkumu, jelikož jeho postup je popsán dále v textu.

### 2.2.2. Výsledky

K analýze získaných dat jsme použili položkovou analýzu (Pearsonův koeficient korelace) abychom zjistili, které položky jsou relevantní při zjišťování vztahu mezi BMI a vymezením hranic osobního prostoru. Na 5% hladině významnosti při počtu 325 probandek se ukázalo, že kritériem pro označení položky jako statisticky významné je hodnota 0,1. Takto korelovaly položky 9, 10, 12, 13, 17, 21 a 22 (+ těsně pod hladinou významnosti také položky 3, 5 a 7) a významně též korelovalo BMI neboli kritérium celého testu s hrubým skórem (hodnotou 0,13). Na základě položkové analýzy se ukázala jistá souvislost mezi vzrůstající tělesnou hmotností a neschopností ohlídat si hranice neboli ochránit si svůj osobní prostor.

Tato souvislost se projevila nápadnější, když byly odstraněny položky, které korelovaly záporně nebo příliš slabě a bylo ponecháno pouze těchto 10 nejvýznamnějších. Pak hrubý skór a BMI korelovaly hodnotou 0,25. Může se zdát, že korelace BMI s

HS není nikterak vysoká, ale je třeba si uvědomit, že se jedná o tzv. měkká data. Z tohoto hlediska lze tedy říci, že jsme dospěli k souvislosti mezi chováním a jednáním probandů v závislosti na výšce jejich BMI.

## 10 Nejvýznamnějších položek

- 3. *Když po mně někdo chce něco, co je mi nepříjemné, neodmítnu\**
- 5. *Když si myslím, že bych ostatní naštvala, radši svůj názor nedám najevo*
- 7. *Od ostatních si nechám líbit věci, které jsou mi vlastně nepříjemné.*
- 9. *Ostatní lidé se mnou nemají dobré úmysly\**
- 10. *Dám druhému zapravdu, abych se vyhnula konfliktu.*
- 12. *Když tuším, že ostatní nebudou souhlasit, svůj názor nedám najevo.\**
- 13. *Připadám si ostatními lidmi využívaná.*
- 17. *Záleží mi na tom, co si o mně ostatní myslí.*
- 21. *Člověk by se měl přizpůsobovat ostatním.*
- 22. *Když se dostanu do konfliktu, jinému člověku ustoupím.*

Když jsme tato tvrzení shrnuli, dopracovali jsme se asi k takovémuuto výsledku:

- **nechám si líbit a udělám věci, které jsou mi nepříjemné**
- **přizpůsobím se a ustoupím**
- **svůj názor nedám najevo, abych ostatní nenaštvala a druhému dám zapravdu**
- **cítím se využívaná a mám dojem, že ostatní lidé se mnou nemají dobré úmysly**
- **záleží mi na tom, co si o mně ostatní lidé myslí**

---

\* Tato 3 tvrzení byla formulována „pozitivně“, nicméně skórována opačně, proto je zde pro přehlednost uvádíme v jejich „negativním“ znění.



Dále jsme se zabývali analýzou jednotlivých podskupin, rozdělených podle demografických charakteristik, které jsou k nalezení v diplomové práci Psychologické aspekty nadváhy (Filasová, 2005).

### 3. Výzkum rigorózní práce

#### 3.1. Volba metody

Zvolili jsme metodu dotazníku, protože jsme data chtěli zpracovat kvantitativně a považovali jsme za důležité mít větší vzorek probandů. Sestavili jsme vlastní dotazník, jelikož mezi dostupnými psychodiagnostickými metodami se nepodařilo objevit žádnou, která by měřila hranice osobního prostoru ve smyslu, který jsme výše nastínili.

##### 3.1.1. Sestavení dotazníku

Dotazník (viz Příloha 2) byl vytvořen nejprve na základě pozorování a rozhovorů a po provedení předvýzkumu jsme tvrzení protřídili a zachovali ta, která nejvíce korelovala s kritériem testu, tedy s BMI.

Na základě zpětné vazby kolegů jsme některá tvrzení pozměnili, aby nebyla formulována „negativním způsobem“ (dovolují si ke mně co mi je nepříjemné, připadám si nechráněná, mohou mi ublížit atd.), ale naopak „pozitivně“ (svůj názor dám najevo, ostatní mě berou vážně atd.), což mělo posloužit jednak k udržení pozornosti respondenta a zároveň zamezit riziku, že dotazník bude působit příliš „skeptickým“ dojmem.

Dotazník má 22 tvrzení, na něž bylo možné odpovědět: *vždy, často, občas, nikdy* a hrubý skór získaný součtem bodů za jednotlivá tvrzení sloužil ke korelaci s BMI.

**Dotazník dále obsahuje otázky, které zjišťují:**

- vzdělání
- věk
- výšku a váhu (pro výpočet BMI)
- rodinný stav
- „partnerský vztah“ (odvíjí se od subjektivního zhodnocení jedince - zda se domnívá, že má vztah, který považuje za trvalý, nebo nikoli, protože tato charakteristika v dnešní době se již se „stavem“ překrývat nemusí)
- zda žije ve městě nebo na vesnici
- zda má či nemá děti
- jaké má zaměstnání
- zda se nadváha vyskytuje v rodině dotyčného a u koho
- jestli se v minulosti pokoušel svou hmotnost snižovat a kolikrát

Drobný rozdíl se vyskytoval v dotaznících, které byly rozdány osobám usilujícím o snížení nadváhy („V kolika letech u vás nadváha začala“) na rozdíl od osob oslovených v jiných souvislostech („Domníváte se, že v současné době máte nadváhu? Pokud ANO, v kolika letech u Vás přibližně začala?“).

### 3.1.2. Vyhodnocení dotazníku

U tvrzení 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 17, 19 a 20 (negativní formulace) byl počítán 1 bod za nikdy, 2 body za občas, 3 body za často a 4 body za vždy. U tvrzení 1, 3, 6, 9, 12, 15, 16 a 18 (pozitivní formulace) byly naopak počítány 4 body za nikdy, 3 body za občas, 2 body za často a 1 bod za vždy.

Hrubý skóre vznikl součtem všech bodů obdržených za jednotlivá tvrzení – nejnižší možný počet byl tedy 22 bodů, nejvyšší možný 88 bodů.

### **3.2. Výběr vzorku**

Dotazník vyplnilo celkem 373 osob, z nichž 199 mělo nadváhu ( $BMI \geq 25$ ) a 174 nadváhu nemělo (129 mělo normální hmotnost  $BMI$  20 – 24,9 a 45 z nich mělo podváhu čili  $BMI < 20$ ).

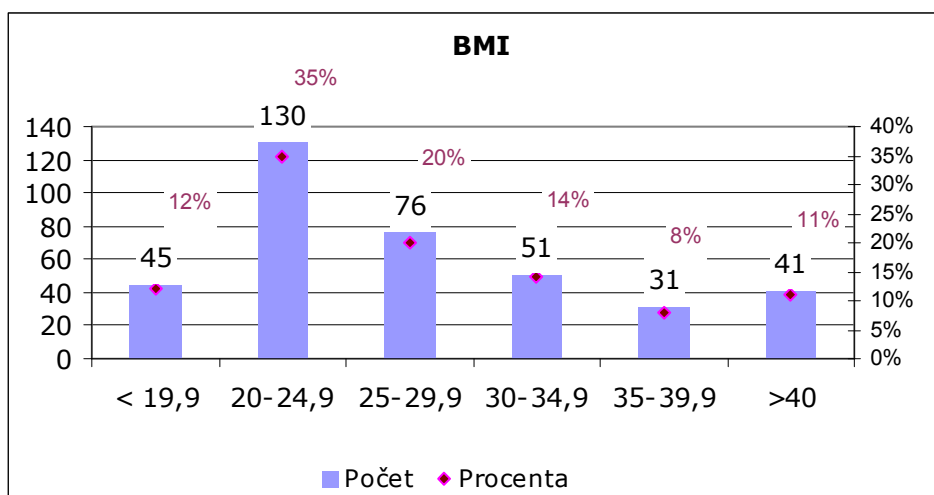
Vzhledem k tomu, že výzkum byl zahájen u klientů STOBu a v Endokrinologickém ústavu, mezi nimiž se nevyskytl žádný muž, kontrolní osoby s normální hmotností jsou proto také z řad žen.

Jako vzorek nám tedy posloužily zejména klientky STOBu, jichž bylo 86 (23%), 38 klientek Endokrinologického ústavu (10%) a 49 žen, které se na klinice ISCARE ucházely o bandáž žaludku (13%). 25 žen s normální hmotností jsme vyhledali zejména na aerobiku a na břišních tancích (7 %), 79 (21 %) respondentek jak s normální hmotností, tak s nadváhou jsme získali na konferenci Společnosti pro výživu: Školní stravování, která se konala v květnu 2005 v Pardubicích. Dále byli požádáni známí různých věkových skupin a míst bydliště, aby dotazníky také rozdali svým známým a spolupracovnícím (96 žen – 26 %).

I přes veškeré naše snahy se nepodařilo zajistit soubor probandek, který by bylo možno nazvat reprezentativním (jak bude patrné z následujících charakteristik vzorku). Jsme si vědomi, že veškeré výsledky a tvrzení, ke kterým se dopracujeme, je třeba brát s určitou dávkou obezřetnosti, protože právě díky nehomogenosti vzorku by mohlo dojít k určitým zkreslením.

### 3.3. Charakteristiky vzorku

Graf 1

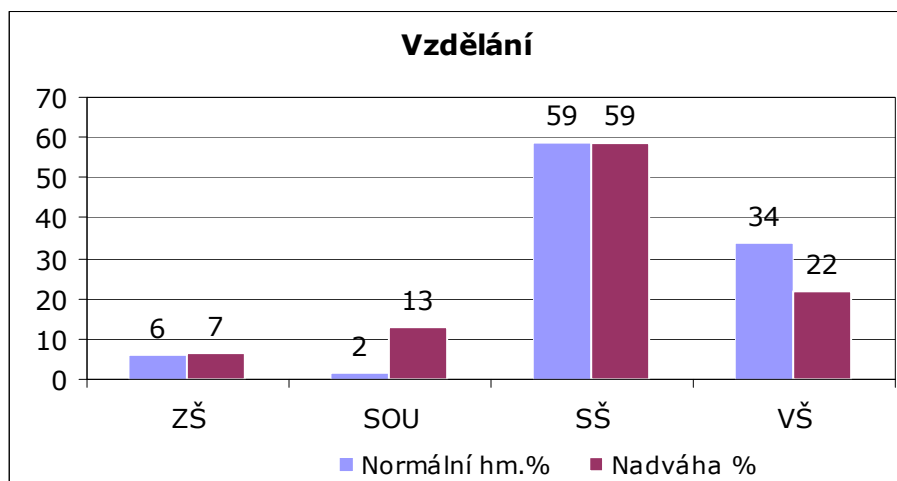


Na ose Y vlevo je uveden počet probandek, vpravo jsou údaje uvedeny v procentech.

Jak je patrné, žen, které jsou pod hranicí nadváhy je nepatrně méně (47%), než žen s nadváhou a obezitou (53%).

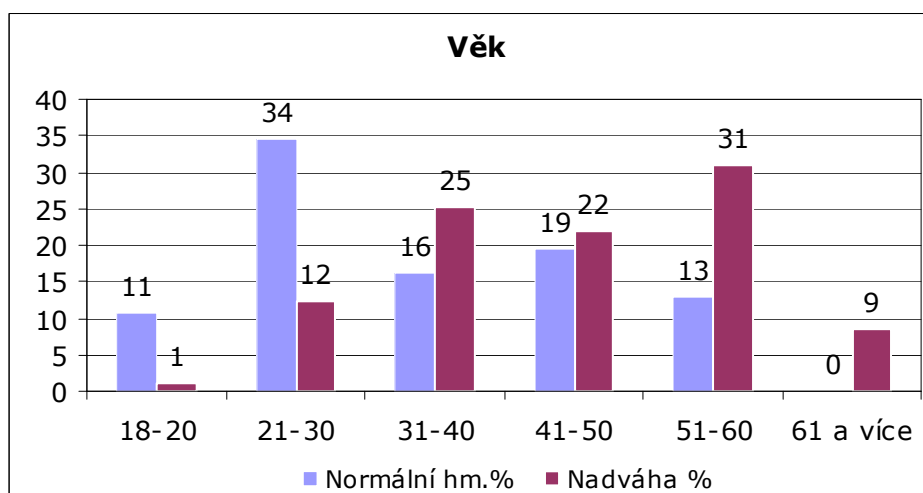
Dále v grafech uvádíme pro každou skupinu vždy počet žen s „normální hmotností“ a „nadváhou“. Toto označení je však pouze orientační, pro zjednodušení. V kategorii „normální hmotnost“ jsou ženy s BMI do 25 a v kategorii „nadváha“ s BMI 25 a více.

**Graf 2**



Několikanásobně více než v normální populaci jsou zastoupeny ženy se středoškolským a vysokoškolským vzděláním, oproti těm se základním s SOU. Zde můžeme klást otázku, proč ženy s nižším vzděláním nevyhledávají aktivity spojené se snižováním hmotnosti (ve vzorku jich je méně než polovina) s tím, že se tímto potvrzuje zjištění, že problematiku nadváhy více řeší vzdělanější vrstvy obyvatelstva.

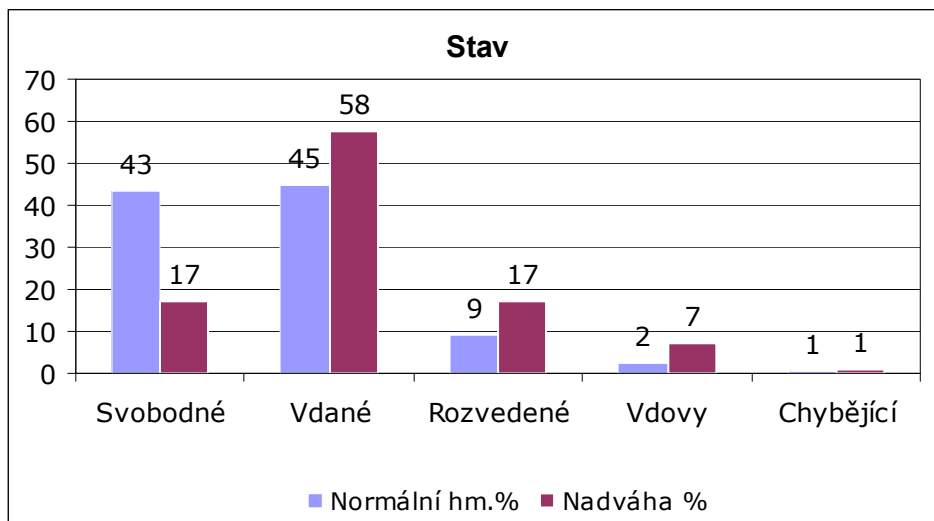
**Graf 3**



Asi není překvapivé, že osoby s nadváhou se vyskytují více ve vyšších věkových kategoriích. Na druhou stranu je zřejmé, že věk se tím stává silně intervenující proměnnou, což se pak dále

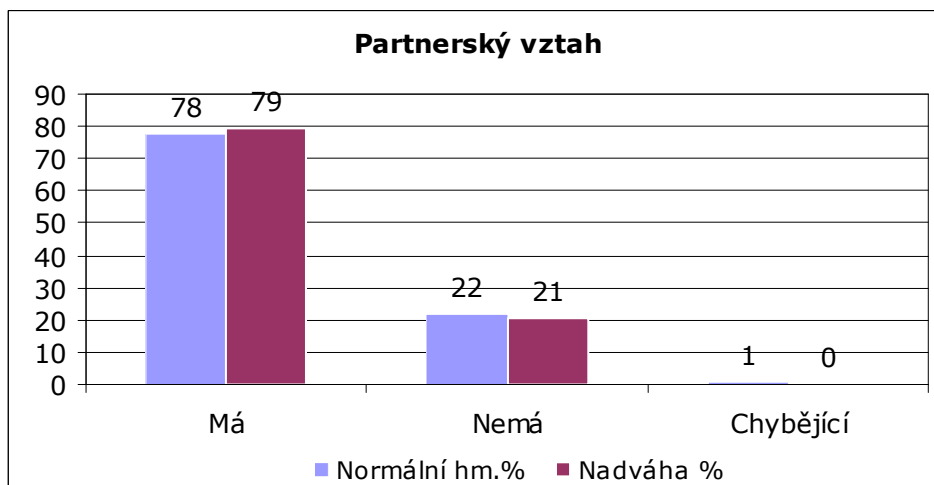
ve výzkumu pokusíme ošetřit tak, že osoby s věkem nad 40 let v určitých výpočtech vynecháme.

**Graf 4**



Když se na soubor díváme z hlediska stavu, zdá se, že najdeme více žen s normální hmotností mezi svobodnými; resp. v poměru vzhledem k ženám s nadváhou.

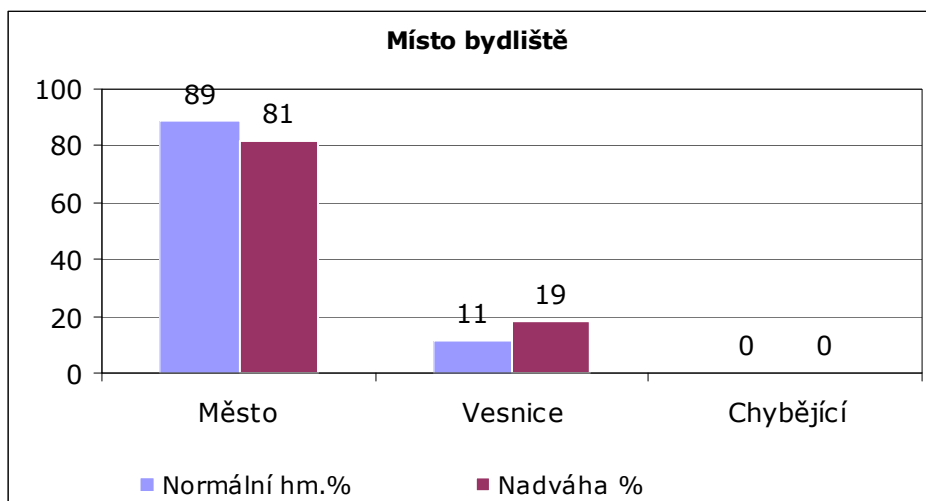
**Graf 5**



Když se však díváme z hlediska, jak probandky uváděly, že mají či nemají partnerský vztah, je zřejmé, že jsou více zastoupeny osoby, které mají vztah, jež považují za trvalý. Na

druhou stranu jsou v obou hmotnostních pásmech zastoupeny téměř rovnoměrně, takže partnerský vztah či jeho absence by příliš intervenující proměnnou být nemusel.

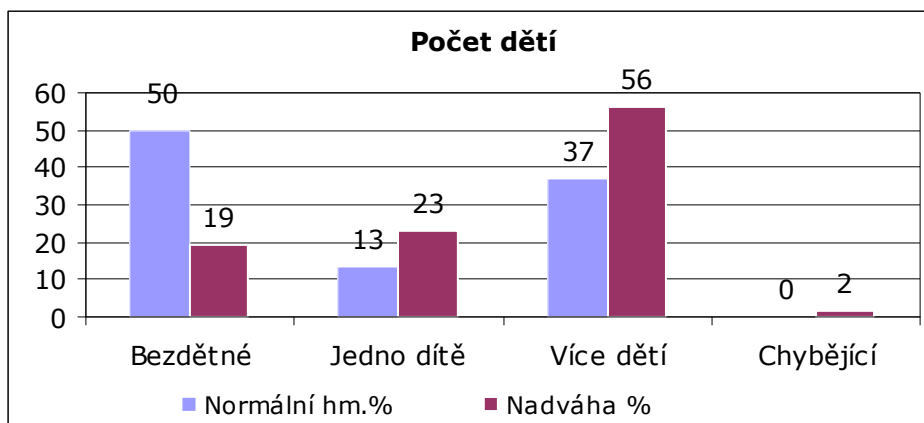
**Graf 6**



Jistým nedostatkem našeho vzorku je fakt, že většina respondentek žije ve městě, což do jisté míry může výsledky zkreslit. I vzhledem k tomu, jak je známo, že venkovská populace obsahuje větší procento osob s nadváhou, než populace městská.

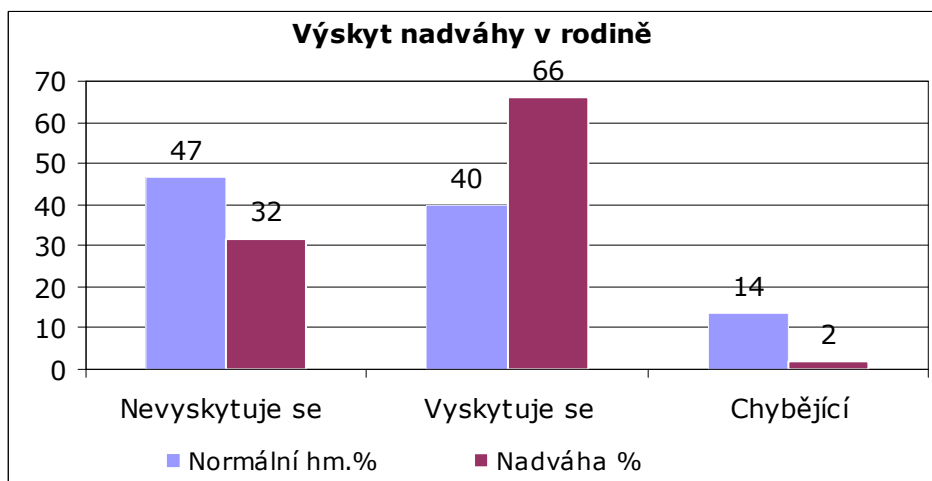


**Graf 7**



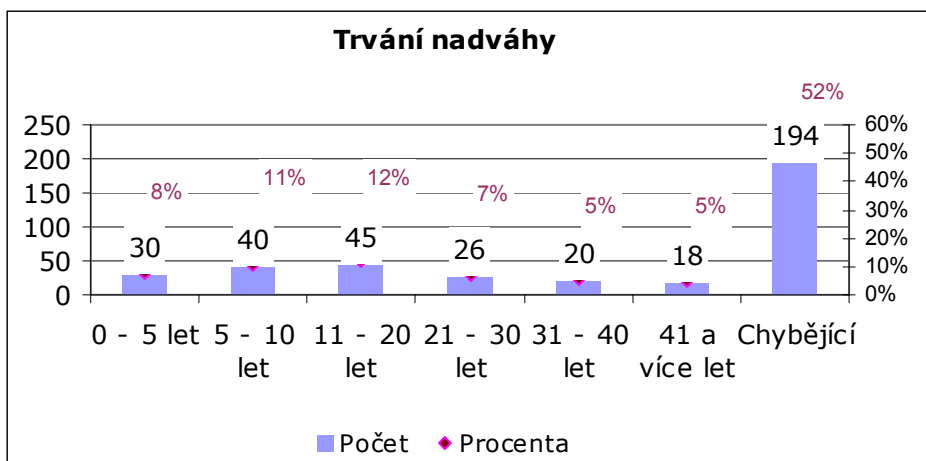
Z tohoto grafu je vidět, že ženy v pásmu nadváhy a obezity mají více dětí, než ženy s normální hmotností nebo podváhou. To je do jisté míry logické, neboť ženy poté, co se stanou matkami hmotnost často nabírají. Otázkou je, zda i tento fenomén může nějak souviset s absencí ochrany vlastních hranic.

**Graf 8**



V rodinách žen, které mají nadváhu, se nadváha vyskytuje dvakrát častěji, než v rodinách žen, které nadváhu nemají.

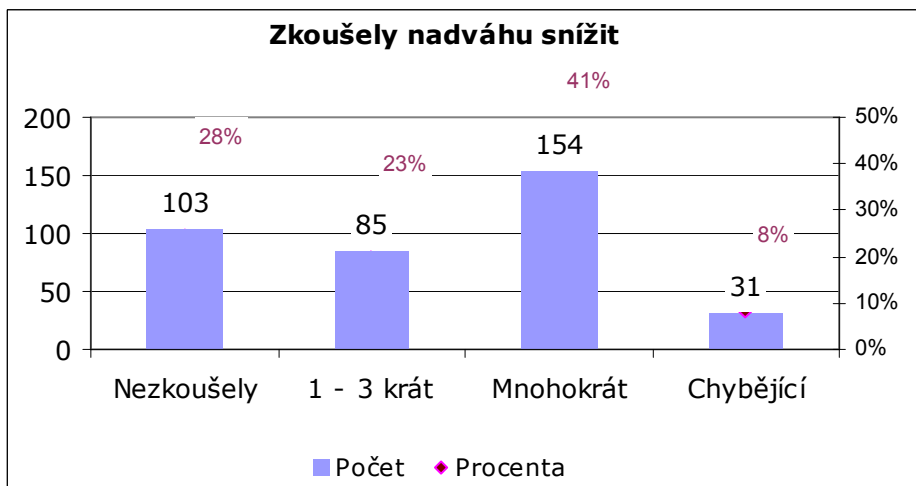
**Graf 9**



Na ose Y vlevo je uveden počet probandek, vpravo jsou údaje uvedeny v procentech.

Na otázku ohledně trvání nadváhy bohužel většina respondentek neodpověděla. Z odpovědí, které byly získány, je patrné, že nejčastější doba trvání nadváhy je 5 - 20 let.

**Graf 10**



Na ose Y vlevo je uveden počet probandek, vpravo jsou údaje uvedeny v procentech.

Nejvíce žen, které mají nadváhu, ji zkoušely snížit mnohokrát, a tedy neúspěšně.

### 3.4. Zpracování dat

#### 3.4.1. Deskriptivní statistika

**Tab. 1. Deskriptivní statistika**

HS	Četnost	Kumulat. četnost	Z - skór*	STENY	PERCENTIL
29	1	1	-3	0	0
30	1	2	-2,65	0	0
31	1	3	-2,45	1	1
32	2	5	-2,30	1	1
33	2	7	-2,14	1	2
34	6	13	-1,93	2	3
35	6	19	-1,72	2	4
36	6	25	-1,57	2	5
37	8	33	-1,42	3	8
38	15	48	-1,24	3	12
39	17	65	-1,03	3	16
40	16	81	-0,86	4	18
41	22	103	-0,85	4	18
42	27	130	-0,49	5	31
43	23	153	-0,31	5	38
44	33	186	-0,12	5	46
45	34	220	0,11	6	54
46	18	238	0,29	6	62
47	26	264	0,44	6	66
48	21	285	0,36	6	66
49	20	305	0,81	7	79
50	16	321	0,99	7	84
51	7	328	1,11	8	86
52	9	337	1,23	8	88
53	8	345	1,36	8	92
54	3	348	1,47	8	93
55	7	355	1,58	9	95
56	8	363	1,78	9	96
57	3	366	2,00	10	98
58	1	367	2,11	10	98
59	1	368	2,18	10	99
62	3	371	2,34	10	99
63	1	372	2,65	11	100
64	1	373	3,00	12	100

\* Z-skór byl vypočítán McCallovou plošnou normalizací

### 3.4.2. Položková analýza

Jako jednu z metod zpracování dat jsme zvolili položkovou analýzu – Pearsonův koeficient korelace.

**Tab. 2. Korelační koeficienty základních položek**

	BMI	Vzdělání	Věk	Trvání nadváhy	Počet dětí
BMI		<b>0,16</b>	<b>0,30</b>	<b>0,57</b>	<b>0,30</b>
Vzdělání			0,02	<b>0,15</b>	-0,01
Věk				<b>0,38</b>	<b>0,56</b>
Trvání nadváhy					<b>0,22</b>
Hrubý skór	<b>0,10</b>	-0,1	<b>0,18</b>	0,02	<b>0,16</b>
T 1	0,00	0,03	-0,02	0,05	-0,07
T 2	-0,06	-0,06	-0,12	-0,12	-0,02
T 3	<b>0,12</b>	0,01	<b>0,2</b>	<b>0,15</b>	<b>0,26</b>
T 4	0,03	-0,03	0,09	-0,02	<b>0,12</b>
T 5	0,03	0,03	<b>0,13</b>	0,02	0,05
T 6	0,04	-0,08	-0,02	-0,12	0,06
T 7	0,03	0,01	<b>0,15</b>	0,09	0,02
T 8	0,00	-0,04	-0,07	-0,14	0,02
T 9	0,08	-0,07	<b>0,14</b>	-0,01	0,07
T 10	<b>0,14</b>	0,00	<b>0,17</b>	0,07	0,07
T 11	-0,03	-0,02	-0,01	-0,08	0,03
T 12	<b>0,11</b>	-0,08	0,03	-0,02	0,03
T 13	<b>0,12</b>	-0,03	<b>0,24</b>	<b>0,13</b>	<b>0,19</b>
T 14	-0,05	-0,12	0,10	-0,05	0,05
T 15	0,06	-0,02	<b>0,13</b>	0,06	<b>0,12</b>
T 16	-0,03	-0,02	-0,02	0,08	-0,04
T 17	0,08	-0,05	0,06	0,07	0,04
T 18	-0,03	-0,15	0,01	-0,11	0,06
T 19	0,05	-0,08	<b>0,12</b>	0,02	<b>0,10</b>
T 20	-0,02	-0,11	0,01	-0,06	-0,01
T 21	<b>0,11</b>	0,07	<b>0,14</b>	0,05	<b>0,13</b>
T 22	0,08	-0,11	<b>0,17</b>	0,08	<b>0,14</b>

*Pearsonův koef. korelace,  $p < 0,05$ . Tučně označené hodnoty koreluji statisticky významně*

## BMI

Co se týče korelace jednotlivých skóre položek a BMI, statisticky významné se na 5% hladině významnosti ukázaly být položky 3, 10, 12, 13 a 21, čili:

- 3. *Když po mně někdo chce něco, co je mi nepříjemné, neodmítnu.\**
- 10. Dám druhému zapravdu, abych se vyhnul/a konfliktu.
- 12. *Svůj názor nedám najevo když tuším, že ostatní nebudou souhlasit.\**
- 13. Připadám si ostatními lidmi využívaný/využívaná.
- 21. Člověk by se měl přizpůsobovat ostatním.

To je oproti výsledkům z předešlé analýzy, kdy ve vzorku bylo méně obézních osob (o 48 žen, což tvoří 13 % současného vzorku), značný pokles. (Původně statisticky významně korelovaly položky 9, 10, 12, 13, 17, 21 a 22).

## Vzdělání

U dosaženého vzdělání se prokázala statisticky významná, avšak záporná korelace položek 14, 18, 20 a 22, čili:

- 14. Než něco udělám, přemýšlím, co by tomu řekli ostatní.
- 18. *Ostatní lidé mě neberou vážně.\**
- 20. Ostatní lidé mi mohou ublížit.
- 22. Když se dostanu do konfliktu, jinému člověku ustoupím.

To by nasvědčovalo jisté tendenci, že čím vyšší má žena dosažené vzdělání, tím méně přemýšlí než něco udělá, co by tomu řekli ostatní, tzn. bere více ohled na to co chce, než na to, co si o ní ostatní lidé pomyslí. Také má pocit, že ji ostatní berou vážně a nechtějí jí ubližovat. Když vstoupí do konfliktu, tak druhému neustoupí a postaví se za sebe.

---

\* Tato tvrzení byla formulována „pozitivně“, nicméně skórována opačně, proto je zde uvádíme i v jejich „negativním“ znění.

## Věk

Zároveň se ukazuje korelace testu s věkem u položek 3, 5, 7, 9, 10, 13, 15, 19, 21, 22:

- 3. *Když po mně někdo chce něco, co je mi nepříjemné, neodmítnu\**
- 5. Když si myslím, že bych ostatní naštvala, radši svůj názor nedám najevo.
- 7. Od ostatních nechám líbit věci, které jsou mi vlastně nepříjemné.
- 9. *Ostatní lidé se mnou nemají dobré úmysly\**
- 10. Dám druhému zapravdu, abych se vyhnula konfliktu.
- 13. Připadám si ostatními lidmi využívaná.
- 15. *Ostatní lidé se ke mně nechovají tak, jak je mi příjemné\*.*
- 19. Je pro mě těžké říct někomu ne, odmítnout, když po mně něco chce.
- 21. Člověk by se měl přizpůsobovat ostatním.
- 22. Když se dostanu do konfliktu, jinému člověku ustoupím.

Toto zjištění by mohlo nasvědčovat jisté tendenci, že čím je žena starší, tím větší má tendenci přizpůsobovat se a ustupovat. Vzhledem k tomu, jak vysoký počet položek koreloval s věkem, vedlo nás to k zamyšlení, zda věk není výraznou intervenující proměnnou. Když jsme totiž uvažovali nad problematikou, kterou se zabýváme, dospěli jsme k úvaze, že starší ženy (které již mají rodiny a kolikrát i odrostlé děti) mají jiné společenské postavení, zabývají se odlišnými problémy a to je může vést i k jinému přístupu k ochraně vlastního prostoru. Uvažovali jsme, že mnohé starší ženy mají např. tendenci „rozdat se“ pro své vnuky. Na základě těchto myšlenek jsme se rozhodli, že data zpracujeme ještě jednou a to v kategorii žen do 40 let, abychom se této intervenující proměnné vyhnuli.

---

\* Tato tvrzení byla formulována „pozitivně“, nicméně skórována opačně, proto je zde uvádíme i v jejich „negativním“ znění.

## Délka trvání nadváhy

Korelace testu s délkou trvání nadváhy se projevuje statisticky významně, avšak záporně, u položek 2, 6, 8, 18

- 2. Mívám pocit, že mi nikdo nerozumí.
- 6. *Ve vztazích s ostatními lidmi se necítím bezpečně.\**
- 8. Připadá mi, že mě ostatní lidé neberou vážně.
- 18. *Ostatní lidé mě neberou vážně.\**

Tento vztah by mohl znamenat, že čím déle žena nadváhu má, tím méně platí, že mívá pocit, že jí nikdo nerozumí, že se ve vztazích s ostatními lidmi necítí bezpečně, a zejména tím méně mívá pocit, že ji ostatní neberou vážně. Je samozřejmě odvážné tvrdit cokoli s jistotou, nicméně toto zjištění by mohlo znamenat, že po delší době trvání nadváhy by si žena opět mohla vypěstovat schopnost se o své hranice starat; že by se svým způsobem na novou situaci mohla adaptovat.

## Počet dětí

Ohledně rozdílu mezi ženami bezdětnými a s dětmi, se statisticky významná korelace projevuje u položek 3, 4, 13, 15, 19, 21, 22, tzn. pokud žena má dítě, platí pro ni více tato tvrzení:

- 3. *Když po mně někdo chce něco, co je mi nepříjemné, neodmítnu\**
- 4. Ostatní si ke mně dovolují víc, než je mi příjemné.
- 13. Připadám si ostatními lidmi využívaný/využívaná.
- 15. *Ostatní lidé se ke mně nechovají tak, jak je mi příjemné.\**
- 19. Je pro mě těžké říct někomu ne, odmítnout, když po mně něco chce.
- 21. Člověk by se měl přizpůsobovat ostatním.
- 22. Když se dostanu do konfliktu, jinému člověku ustoupím.

---

\* Tato tvrzení byla formulována „pozitivně“, nicméně skórována opačně, proto je zde uvádíme i v jejich „negativním“ znění.

Zdá se, že ženy, které již mají děti, mají více tendenci se přizpůsobovat a ustupovat ostatním. To je svým způsobem logické. Žena, která ještě není matkou, jedná pouze sama za sebe a ochraňuje jen svůj vlastní osobní prostor, na rozdíl od ženy - matky, která má v péči a pod svou ochranou své potomky a tím je její vymezování se vůči svému okolí nutně ovlivněno, takže je okolnostmi do jisté míry nucena z něj slevovat.

Ještě se nám zdálo hodno povšimnutí, že BMI koreluje s dobou trvání nadváhy hodnotou 0,57, což naznačuje jistou souvislost, že čím déle žena nadváhu má, tím více se její hmotnost dále zvyšuje.



### 3.4.3. Faktorová analýza

Jako hlavní metodu zpracování dat jsme zvolili faktorovou analýzu – rotované řešení s Kaiserovou normalizací, protože jsme jednak chtěli zjistit, které výroky jsou relevantní a zároveň zda jsou mezi nimi nějaké souvislosti.

**Tab.3. Faktorová analýza**

Faktor	% Variance	Kumulativní %
1	18,56	18,56
2	11,15	29,7
3	6,91	36,61
4	5,8	42,42
5	5,38	47,8
6	5,2	53
7	4,56	57,56

Ukázalo se, že položky se dají celkově rozdělit do 7 faktorů, nicméně rozhodli jsme, že vzhledem k procentu variance se dále budeme zabývat pouze prvními dvěma, u nichž je kumulativní procento variance 29,7% (první faktor tvoří 18,6% celkové variance, druhý 11,2%).

**Tab. 4. Matice rotovaného řešení**

Tvrzení	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5	Faktor 6	Faktor 7
T 10	0,75						
T 12	0,66		0,36				
T 5	0,66		-0,22	0,1	0,14		
T 22	0,55	0,31	-0,25		0,22		0,15
T 7	0,18	0,67		0,33		0,11	-0,2
T 3		0,63		-0,38	0,15		0,13
T 4		0,61	0,13	0,2		0,12	
T 13		0,53	0,11	0,27	0,3		0,31
T 9		0,2	0,69	0,21		-0,12	0,18
T 15		0,19	0,62	0,12	0,1	0,24	0,24
T 21	0,16	0,29	-0,51		0,25	-0,15	
T 11	0,17	0,21		0,69			0,23
T 20	-0,11	0,15	0,11	0,58	0,25		0,1
T 6	0,24		0,44	0,54		0,17	
T 17			-0,25		0,71		
T 14	0,21			0,18	0,68		
T 19	0,13	0,18	0,24		0,64		
T 1	0,11					0,83	
T 16		0,11	0,16			0,82	
T 2	-0,19			0,35	0,21	0,41	0,3
T 18			0,28				0,78
T 8		0,12		0,25		0,12	0,75

*Metoda extrakce: Principiální analýza komponent. Rotační metoda: Varimax s použitím Kaiserovy normalizace.*

Z tabulky 4 je patrné, kterými položkami jsou oba faktory syceny. Pro větší přehlednost zde dané položky uvádíme:

#### **Faktor 1 „Vyhnout se konfliktu“**

10. Dám druhému zapravdu, abych se vyhnula konfliktu.

12. Když tuším, že ostatní nebudou souhlasit, svůj názor nedám najevo.\*

5. Když si myslím, že bych ostatní naštvála, radši svůj názor nedám najevo.

---

\* Tato tvrzení byla formulována „pozitivně“, nicméně skórována opačně, proto je zde uvádíme i v jejich „negativním“ znění.

Lze zvažovat ještě tvrzení 22, které je však obsaženo v 1. i ve 2. Faktoru:

22. Když se dostanu do konfliktu, jinému člověku ustoupím.

Pro dotyčnou respondentku je hlavní vyhnout se konfliktu – dát druhému zapravdu a nedat najevo svůj názor. Je pro ni pravděpodobně důležité, aby s ostatními byla v souladu.

## **Faktor 2 „Nechat si líbit nepříjemné“**

7. Od ostatních si nechám líbit věci, které jsou mi vlastně nepříjemné.

3. *Když po mně někdo chce něco, co je mi nepříjemné, neodmítnu.\**

4. Ostatní si ke mně dovolují víc, než je mi příjemné.

Lze zvažovat ještě tvrzení 13, které je však obsaženo ve 2. i ve 4. Faktoru:

13. Připadám si ostatními lidmi využívaná.

Vyjadřuje, že od druhých lidí si dotyčná osoba nechá líbit resp. můžou si k ní dovolit, resp. je ochotná pro ostatní udělat, co je jí nepříjemné. Z tohoto nastavení celkem logicky pramení pocit, že se cítí využívaná. Její vlastní potřeby pro ni nejsou dostatečně důležité, má pocit povinnosti vyhovět ostatním.

---

\* Tato tvrzení byla formulována „pozitivně“, nicméně skórována opačně, proto je zde uvádíme i v jejich „negativním“ znění.

#### 3.4.4. Dílčí výsledky a interpretace

Dále jsme rozdělili respondentky do různých kategorií podle demografických charakteristik a zjišťovali jsme, jak se ve kterých skupinách (za použití Pearsonova koeficientu korelace) bude projevovat korelace narůstajícího hrubého skóru dvou výše popsaných faktorů (F1, F2) a vzrůstajícího BMI.

**Tab. 5. Rozdělení podle vzdělání**

	počet	F1 X BMI	F2 X BMI
ZŠ, SOU	52	0,304**	0,049
SŠ	219	0,143*	0,076
VŠ	102	0,035	0,412*

U žen se ZŠ a SOU vzděláním se ukazuje signifikantně významná korelace mezi F1 a BMI, která se také (avšak slaběji) projevuje u žen se SŠ vzděláním. U žen, které jsou vzdělány vysokoškolsky se naopak neprojevuje téměř vůbec. Opačná je však tendence v korelaci mezi BMI a F2, která zaujímá statistickou významnost naopak pouze u žen s VŠ vzděláním.

Pokud se pokusíme tato zjištění interpretovat, můžeme říci, že tendence vyhýbat se konfliktu je tím silnější, čím nižší má žena dosažené vzdělání. Naopak u žen s vyšším vzděláním při vyšší nadváze roste sklon nechat si líbit věci, které jsou jí nepříjemné, a patrně v důsledku toho se cítit využívaná.

---

\*\* Takto označené hodnoty jsou signifikantní na hladině  $p < 0,01$ , kritérium pro stanovení významnosti položky je 0,1

\*Takto označené hodnoty jsou signifikantní na hladině  $p < 0,05$ , kritérium pro stanovení významnosti položky je 0,1

**Tab. 6. Rozdělení podle toho, zda mají partnerský vztah**

	počet	F1 X BMI	F2 X BMI
S partnerem	293	0,123*	0,103
Bez partnera	79	0,56*	0,219

U žen, které nemají vztah, jež by vnímaly jako trvalý, se korelace BMI a Faktoru 1 ukazuje jako vysoce významná. Problém je bohužel nízký počet respondentek z této kategorie, takže o tomto zjištění nejsme schopni mnoho říci. Je to pouze podnět pro další zkoumání.

**Tab. 7. Rozdělení podle místa bydliště**

	počet	F1 X BMI	F2 X BMI
Město	317	0,079	0,096
Vesnice	56	0,295*	0,22

Obdobný případ jako u partnerského vztahu. Je vidět významná korelace BMI žen, co žijí na vesnici a Faktoru 1, nicméně u takto nízkého počtu probandek těžko usuzovat na obecně platnou souvislost.

**Tab. 8. Rozdělení na ženy bezdětné a s dětmi**

	počet	F1 X BMI	F2 X BMI
Bezdětné	122	0,147	0,01
S dětmi	179	0,054	0,109

Nezdá se, že by fakt, zda probandky mají či nemají děti, měl na korelaci faktorů s BMI vliv, přestože se projevil při položkové analýze.

**Tab. 9. Rozdělení podle toho jak dlouho mají nadváhu**

	počet	F1 X BMI	F2 X BMI
> 0 - 10 let	70	-0,023	0,152
11 - 30 let	71	0,13	-0,025
31 a více let	38	-0,068	-0,209

Žádná z kategorií sice nekoreluje významně, ale je zřejmá jejich negativní tendence, která se projevila také při položkové analýze. Zdá se tedy, že ženy, které mají nadváhu delší dobu, se o své hranice lépe starají.

**Tab. 10. Rozdělení podle toho, zda nadváhu zkoušely snížit**

	počet	F1 X BMI	F2 X BMI
Nezkoušely	45	0,252	0,19
Zkoušely	214	0,074	0,034

Jelikož většina respondentek byla získána na kurzech či jiných aktivitách, ve kterých šlo zejména o snižování nadváhy, procento žen, které se o snižování nadváhy nikdy nepokusilo, je velice malé. Proto i jistá tendence, kterou sice hodnoty uvedené v tabulce naznačují, je u příliš nízkého počtu dotázaných.

**Tab. 11. Rozdělení podle výskytu nadváhy v rodině**

	Počet	F1 X BMI	F2 X BMI
Nevyskytuje se	144	-0,07	0,167*
Vyskytuje se	163	0,215*	0,012

U žen, v jejichž rodině se vyskytuje nadváha, je statisticky významná korelace Faktoru 1 a BMI (čili čím více tyto ženy váží, tím větší mohou mít tendenci vyhýbat se

konfliktu). Naopak u žen, v jejichž rodině se nadváha nevyskytuje, je zase patrná korelace BMI s Faktorem 2, což by jinými slovy mohlo znamenat, že čím více tyto ženy váží, tím spíše si nechají líbit věci, které jsou jim nepříjemné.

### 3.5. Výzkum části vzorku (ženy do 40 let)

Jak jsme zjistili, věk je pravděpodobně výraznou intervenující proměnnou, neboť se prokázala korelace vysokého počtu tvrzení právě s věkem. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli zanalyzovat data ještě jednou, tentokrát pouze pro ženy do 40 let, neboť se domníváme, že ženy nad 40 let (které již mají rodiny a kolikrát i odrostlé děti) jsou v jiné životní situaci, zabývají se jinými problémy a to je může vést i k odlišnému přístupu k ochraně vlastního prostoru.

Mezník 40 let ve vývoji osobnosti se vyskytuje u různých autorů. My se opřeme o klasické učení C. G. Junga, který rozvoj osobnosti (neboli individuaci), vidí probíhat ve dvou základních etapách a v první polovině života jde právě o uvedení osobnosti do vnější skutečnosti, do vnějšího světa (Mikšík, 1999). Dalo by se říci, že mladší ženy řeší své profesní uplatnění (více hledají, co by jim skutečně vyhovovalo na rozdíl od starších žen, které mají tendenci si místo spíše držet), navazují partnerské vztahy, zakládají rodiny, svým způsobem osobnostně vyžívají, definují si své hodnoty a priority.

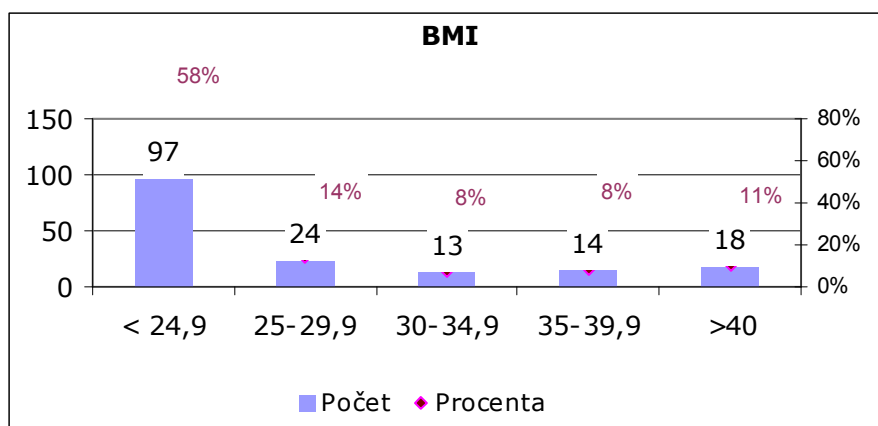
Na základě těchto myšlenek jsme se rozhodli, že data zpracujeme ještě jednou a to v kategorii žen do 40 let, abychom se této intervenující proměnné pokusili vyhnout.



### 3.5.1. Charakteristiky vzorku

Do této kategorie tedy spadá 166 žen ve věku do 40 let a pro lepší přehled zde uvedeme demografické charakteristiky i této skupiny:

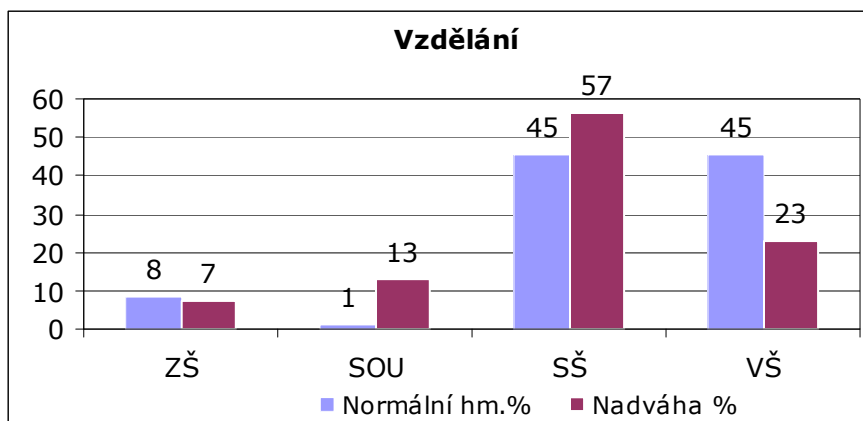
**Graf 11**



*Na ose Y vlevo je uveden počet probandek, vpravo jsou údaje uvedeny v procentech.*

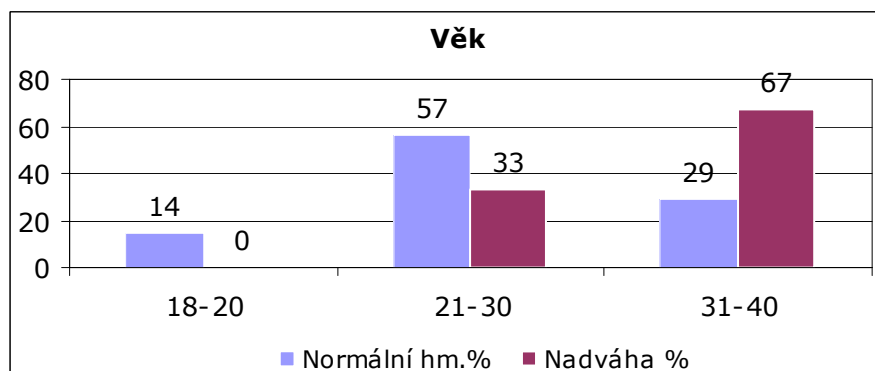
Pásmo normální hmotnosti je na rozdíl od celého souboru zastoupeno o něco více (58%), než pásmo osob s nadváhou a obezitou (42%).

**Graf 12**



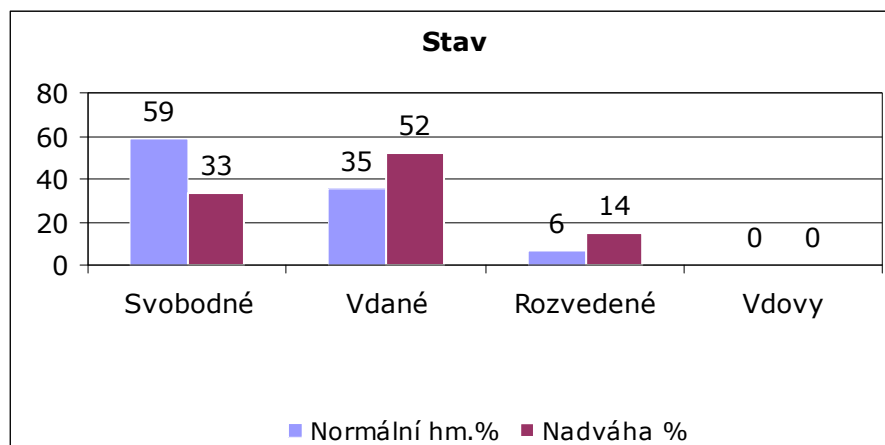
Rozložení je prakticky stejné, jako u celého souboru. Nejvíce osob ve vzorku má středoškolské vzdělání (kdy ženy s normální hmotností i nadváhou jsou ve více méně vyrovnaném počtu). Stejné procento žen jako v kategorii SŠ je i v kategorii VŠ, nicméně tam je značně méně žen s nadváhou či obezitou.

**Graf 13**



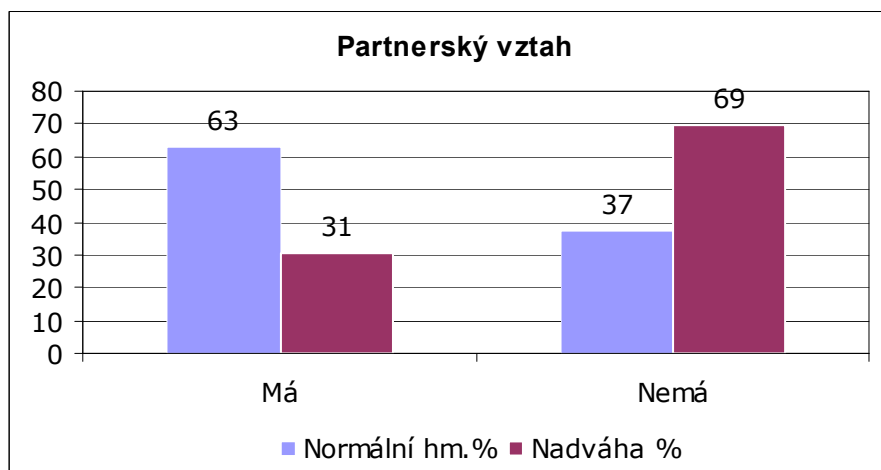
I tak je vidět, že osoby s nadváhou přibývají s narůstajícím věkem; osob s normální hmotností je nejvíce mezi 21 – 30 lety.

**Graf 14**



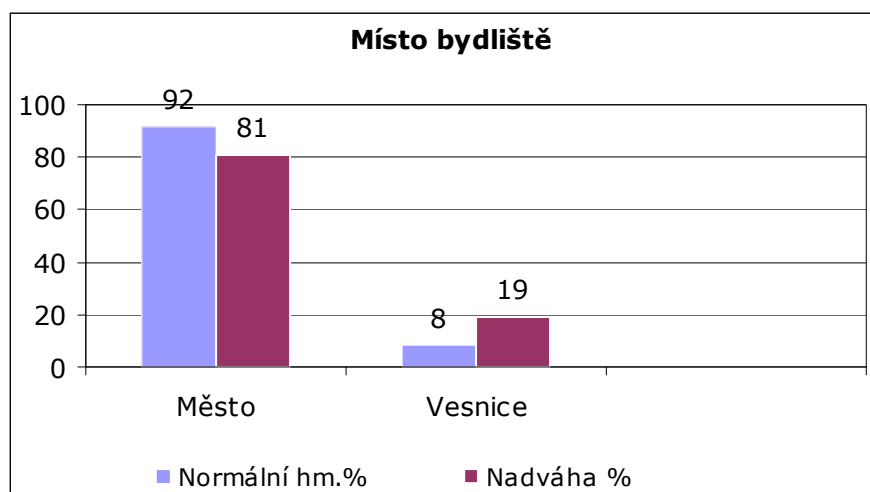
Nejvíce respondentek je vdaných či svobodných. Mezi vdanými jsou ženy s normální hmotností i nadváhou rozloženy téměř rovnoměrně, kdežto ve skupině svobodných více než dvojnásobně převažují ženy s normální hmotností.

**Graf 15**



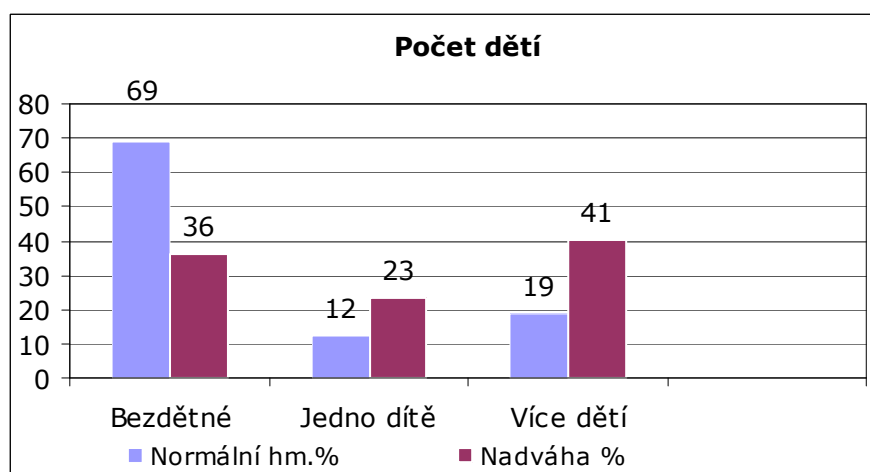
Přestože vdané ženy zabírají jen 44% vzorku, žen, které udávaly, že mají partnerský vztah, je 71%. Nicméně poměr zůstává zachován, i když použijeme toto hledisko. Lehce převažují ženy s nadváhou ve skupině s partnerem a naopak opět skoro dvojnásobně převažují ženy s normální hmotností ve skupině bez partnera.

**Graf 16**



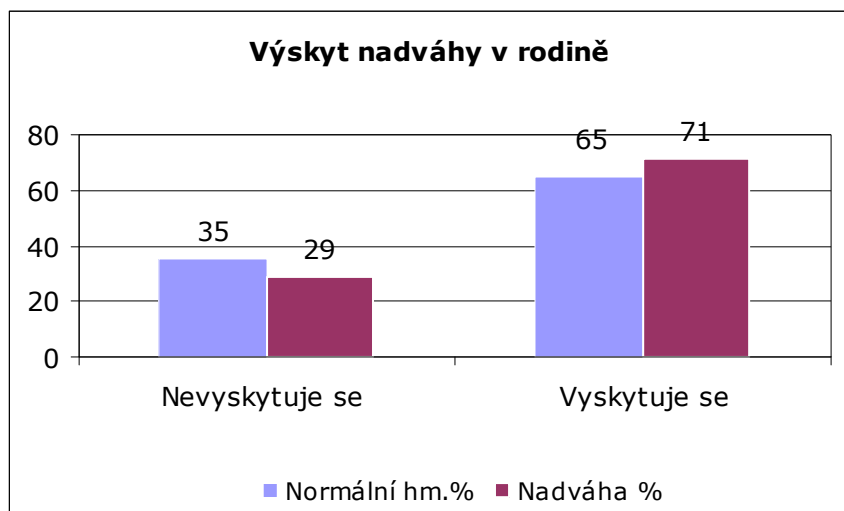
Opět většina populace je městská, ale v této skupině skoro o třetinu převažují ženy s normální hmotností, kdežto v celém vzorku byly zastoupeny téměř rovnoměrně.

**Graf 17**



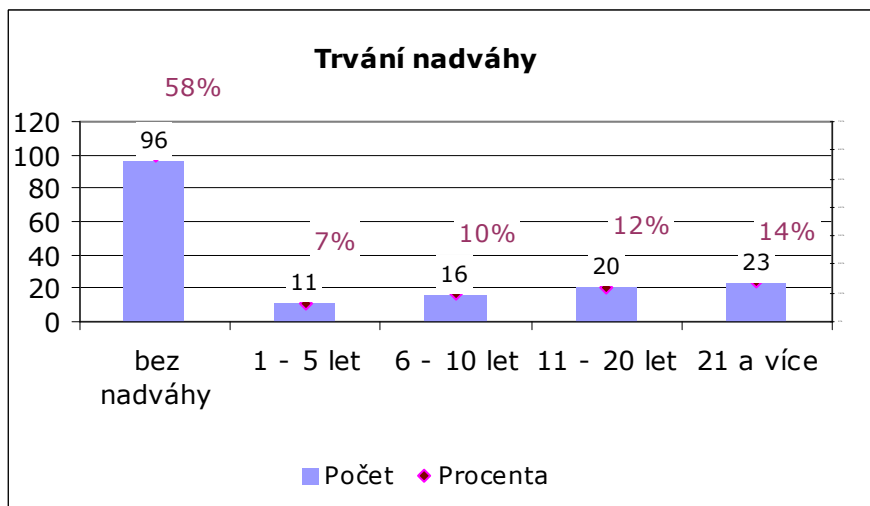
Rozložení je velice podobné jako v celém souboru.

**Graf 18**



Tady na rozdíl od celého souboru, kde se nadváha v rodině vyskytovala dvakrát více u žen, které měly nadváhu, je výskyt či ne-výskyt téměř rovnoměrný, dokonce převažuje více nadváhy v rodině u žen, které mají normální hmotnost.

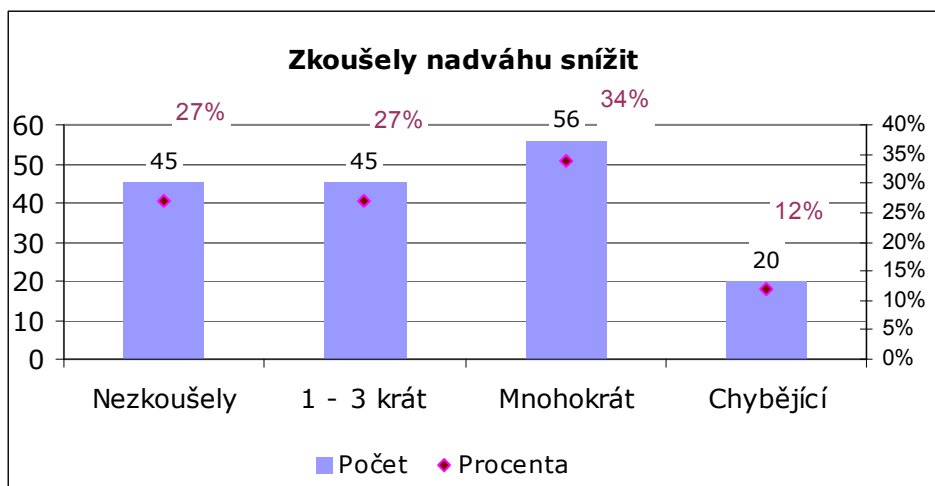
**Graf 19**



Na ose Y vlevo je uveden počet probandek, vpravo jsou údaje uvedeny v procentech.

Počet žen v kategoriích různě dlouhého období trvání nadváhy má lehce vzestupnou tendenci: čím déle nadváha trvá, tím více žen je v dané skupině.

**Graf 20**



*Na ose Y vlevo je uveden počet probandek, vpravo jsou údaje uvedeny v procentech.*

I zde je nejvíce žen mezi těmi, které se pokoušely snížit nadváhu mnohokrát (a tedy neúspěšně), ale rozdíl je méně patrný, než v celém souboru, kde ženy, které se mnohokrát pokoušely svou váhu snížit, tvořily 41%.

### 3.5.2. Položková analýza (ženy do 40 let)

Opět jsme zvolili položkovou analýzu – Pearsonův koeficient korelace.

**Tab. 12. Korelační koeficienty základních položek**

	BMI	Vzdělání	Věk	Trvání nadváhy	Počet dětí
BMI		-0,36	<b>0,31</b>	<b>0,71</b>	<b>0,33</b>
Vzdělání			<b>0,17</b>	-0,15	-0,07
Věk				<b>0,36</b>	<b>0,69</b>
Trvání nadváhy					<b>0,34</b>
Hrubý skór	<b>0,23</b>	-0,05	0,11	<b>0,19</b>	<b>0,20</b>
T 1	0,05	0,02	0,01	0,01	-0,01
T 2	0,05	-0,07	-0,04	0,11	0,07
T 3	<b>0,29</b>	-0,06	<b>0,24</b>	<b>0,24</b>	<b>0,35</b>
T 4	0,03	-0,02	0,06	0,01	0,09
T 5	-0,01	<b>0,19</b>	<b>0,16</b>	0,05	0,11
T 6	<b>0,17</b>	0,01	0,02	0,14	0,10
T 7	-0,06	<b>0,20</b>	-0,02	-0,06	-0,04
T 8	0,01	-0,12	-0,04	0,01	0,05
T 9	<b>0,16</b>	-0,05	0,15	0,18	0,08
T 10	<b>0,28</b>	0,10	<b>0,28</b>	0,15	<b>0,22</b>
T 11	0,07	-0,07	-0,10	0,09	0,01
T 12	<b>0,24</b>	-0,05	<b>0,26</b>	<b>0,25</b>	<b>0,23</b>
T 13	<b>0,37</b>	-0,04	<b>0,21</b>	<b>0,50</b>	<b>0,19</b>
T 14	<b>0,30</b>	0,02	<b>0,20</b>	<b>0,30</b>	<b>0,27</b>
T 15	<b>0,35</b>	-0,19	<b>0,20</b>	<b>0,38</b>	0,14
T 16	<b>0,28</b>	-0,07	<b>0,18</b>	<b>0,34</b>	0,08
T 17	<b>0,28</b>	-0,10	0,05	<b>0,36</b>	<b>0,21</b>
T 18	<b>0,36</b>	-0,13	0,16	<b>0,44</b>	0,13
T 19	<b>0,35</b>	-0,10	<b>0,30</b>	<b>0,50</b>	<b>0,21</b>
T 20	<b>0,24</b>	-0,06	0,05	<b>0,39</b>	0,03
T 21	<b>0,19</b>	0,01	<b>0,25</b>	<b>0,24</b>	<b>0,17</b>
T 22	<b>0,30</b>	0,02	<b>0,18</b>	<b>0,40</b>	<b>0,18</b>

*Pearsonův koef. korelace,  $p < 0,05$ . Tučně označené hodnoty korelují statisticky významně.*

V první řadě je třeba si povšimnout korelace BMI s hrubým skórem testu, neboť statistická významnost se projevila celkem u

15 položek (tzn. u 2/3 celého testu), což je nesrovnatelně více, než v celém vzorku, (kde korelovalo pouhých 5 položek):

3. *Když po mně někdo chce něco, co je mi nepříjemné, neodmítnu.\**
6. *Ve vztazích s ostatními lidmi se necítím bezpečně\*.*
9. *Ostatní lidé mají se mnou dobré úmysly.\**
10. *Dám druhému zapravdu, abych se vyhnul/a konfliktu.*
12. *Svůj názor nedám najevo když tuším, že ostatní nebudou souhlasit.\**
13. *Připadám si ostatními lidmi využívaný/využívaná.*
14. *Než něco udělám, přemyslím, co by tomu řekli ostatní.*
15. *Ostatní lidé se ke mně nechovají tak, jak je mi příjemné.\**
16. *Když jsem se svými blízkými, nemůžu vyjádřit své potřeby.\**
17. *Záleží mi na tom, co si o mně ostatní myslí.*
18. *Ostatní lidé mě neberou vážně.\**
19. *Je pro mě těžké říct někomu ne, odmítnout, když po mně něco chce.*
20. *Ostatní lidé mi mohou ublížit.*
21. *Člověk by se měl přizpůsobovat ostatním.*
22. *Když se dostanu do konfliktu, jinému člověku ustoupím.*

Navíc BMI statisticky významně korelovalo s HS testu hodnotou 0,23 (u celého souboru korelovalo hodnotou 0,1).

Korelace BMI a vzdělání nabývá hodnoty -0,36. Toto číslo potvrzuje zjištění, které se prokázalo v jiných výzkumech, že u osob s vyšším vzděláním je méně často přítomna nadváha a obezita, než u těch s nižším vzděláním. Také se potvrdil fakt, že s narůstajícím věkem vzrůstá BMI. Zároveň velice vysoce koreluje (0,71) BMI s trváním nadváhy, což znamená, že nadváha je u žen našeho souboru tím vyšší, čím déle trvá. To, že hmotnost je v průměru vyšší u žen, které mají děti, na rozdíl od těch, které jsou bezdětné, nás také nepřekvapí.

---

\* Tato tvrzení byla formulována „pozitivně“, nicméně skórována opačně, proto je zde uvádíme i v jejich „negativním“ znění.



Také se ukázala statisticky významná korelace mezi HS a trváním nadváhy u položek 3 a 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, přičemž většina hodnot je nad 0,3 a některé dosahují dokonce 0,5. To by znamenalo, že čím déle má žena nadváhu, tím větší má problémy s hranicemi. Tento vztah se navíc projevil úplně opačně, než v celém souboru, kde statistická významnost byla pouze negativní.

### 3.5.3. Faktorová analýza (ženy do 40 let)

Zvolili jsme opět také faktorovou analýzu - rotované řešení s Kaiserovou normalizací.

**Tab.13. Faktorová analýza**

Faktor	% Variance	Kumulativní %
1	17,29	17,29
2	8,47	25,76
3	8,05	33,81
4	6,40	40,20
5	5,75	45,95
6	5,26	51,21
7	5,12	56,33
8	4,82	61,15

Položky se tentokrát rozdělily do 8 faktorů a vzhledem k procentu variance se budeme zabývat prvními třemi, u nichž je kumulativní procento variance 33,8%. (První faktor tvoří 17,29 % celkové variance, druhý a třetí téměř shodně po 8 %).

**Tab. 14. Matice rotovaného řešení**

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5	Faktor 6	Faktor 7	Faktor 8
T 17	0,785							
T 19	0,649	0,323						
T 22	0,626			0,399				
T 21	0,518						-0,490	
T 15		0,720						
T 20		0,689						
T 13		0,635			0,316			
T 18		0,601		0,375				
T 11			0,835					
T 6			0,623					
T 9			0,570		0,421			
T 12				0,719				
T 3				0,518		0,331		
T 16		0,373	0,360	0,483				
T 7					0,688			
T 4					0,679			
T 5						0,746		
T 10						0,740		
T 8							0,678	
T 1				0,385				0,625
T 14	0,474					0,313		0,552
T 2					0,326		0,349	0,449

Metoda extrakce: *Principiální analýza komponent*. Rotační metoda: *Varimax s použitím Kaiserovy normalizace*.

Z tabulky 14 je patrné, kterými položkami jsou dané tři faktory syceny. Pro větší přehlednost je zde uvádíme:

#### **Faktor 1 „Přizpůsobovat se“**

17. Záleží mi na tom, co si o mně ostatní myslí.

19. Je pro mě těžké říct někomu ne, odmítnout, když po mně něco chce.

22. Když se dostanu do konfliktu, jinému člověku ustoupím.

21. Člověk by se měl přizpůsobovat ostatním.

Faktor 1 se do jisté míry shoduje s faktorem 1 celého vzorku. Pro dotyčnou osobu je také podstatné vyhnout se konfliktu, má tendenci se přizpůsobovat požadavkům okolí, tedy být s ostatními v souladu. Navíc je pro ni důležité, co si o ní ostatní lidé myslí (resp. jak v očích ostatních vypadá).

### **Faktor 2 „Nechat si líbit nepříjemné“**

- 15. Ostatní lidé se ke mně nechovají tak, jak je mi příjemné.\**
- 20. Ostatní lidé mi mohou ublížit.*
- 13. Připadám si ostatními lidmi využívaný/využívaná.*
- 18. Ostatní lidé mě neberou vážně.\**

Faktor 2 se s faktorem 2 celého vzorku shoduje v tom, že respondentky, pro které platí, se cítí využívané a mají pocit, že se k nim ostatní lidé chovají nepříjemně. Co je však rozdílné – tyto ženy mají pocit, že je ostatní neberou vážně a navíc se domnívají, že jim ostatní mohou ublížit. I skrze jisté obsahové rozdíly pro lepší přehlednost při dalších analýzách jeho název zachováme.

### **Faktor 3 „Absence bezpečí“**

- 11. Připadám si před ostatními nechráněný/nechráněná.*
- 6. Ve vztazích s ostatními lidmi se necítím bezpečně.\**
- 9. Ostatní lidé nemají se mnou dobré úmysly.\**

Navíc ještě relativně vysoké procento variance zaujímá faktor 3, který souvisí s pocitem bezpečí (resp. nebezpečí), nebo-li chybějící ochrany. Ženy, které v něm skórovaly vysoce, mají pravděpodobně představu, že ostatní s nimi nemají dobré

---

\* Tato tvrzení byla formulována „pozitivně“, nicméně skórována opačně, proto je zde uvádíme i v jejich „negativním“ znění.

úmysly a ony si připadají nechráněné - necítí se ve vztazích bezpečně.

### 3.5.4. Dílčí výsledky a interpretace

Dále se opět podíváme na korelace výše uvedených faktorů s BMI u jednotlivých demografických charakteristik vzorku.

**Tab. 15. Rozdělení podle vzdělání**

	počet	F1 x BMI	F2 x BMI	F3 x BMI
ZŠ	24	0,388	0,288	-0,042
SŠ	83	0,32**	0,416**	0,084
VŠ	62	0,482**	0,397**	0,212

U SŠ a VŠ s narůstající hmotností více platí, že ustupují, protože jim záleží na tom, co si o nich druzí myslí a mají pocit, že ostatní lidé je využívají a chovají se k nim nepříjemně.

**Tab. 16. Rozdělení podle toho, zda mají partnerský vztah**

	počet	F1 x BMI	F2 x BMI	F3 x BMI
S partnerem	125	0,375	0,403	0,067
Bez partnera	44	0,284	0,387**	0,221

U žen bez partnera s přibývajícím hmotností platí, že mají pocit, že je ostatní lidé využívají a jsou k nim nepříjemní. Tento postoj z našeho pohledu přirozeně koresponduje s faktem, že tyto ženy jsou bez partnera. Pokud od ostatních čekají ublížení, není až tak překvapivé, že nemají partnerské vztahy.

**Tab. 17. Rozdělení podle místa bydliště**

	Počet	F1 x BMI	F2 x BMI	F3 x BMI
Město	148	0,387**	0,391**	0,095
Vesnice	21	0,327	0,598*	0,054

Statisticky významná korelace se projevila jak pro celý faktor 2 tak i pro faktor 1 a ženy žijící ve městě. Nevýznamnost korelace BMI a žen žijících na vesnici lze pravděpodobně přičíst

na vrub jejich příliš malému počtu. Proto rozdělení populace na městskou a vesnickou z tohoto pohledu nemá příliš velký význam.

**Tab. 18. Rozdělení na ženy bezdětné a s dětmi**

	počet	F1 x BMI	F2 x BMI	F3 x BMI
Bezdětné	94	0,361**	0,449**	-0,22
S dětmi	68	0,231	0,368**	0,275*

Zde se statisticky významná korelace opět projevila jak pro celý faktor 2 „nechat si líbit nepříjemné“ tak i pro faktor 1 „vyhnout se konfliktu“ a ženy bezdětné. Neprojevila se pouze mezi faktorem 1 a ženami s dětmi, takže by se dalo říci, že pro ženy, které již mají alespoň jedno dítě není příliš podstatné vyhnout se konfliktu a nepovažují za podstatné přizpůsobovat se požadavkům okolí; nezáleží jim tolik na tom, co si o nich ostatní myslí. Je to logické, protože ženě, která má děti, většinou záleží v první řadě na nich a jejich spokojenosti, takže požadavky ostatních lidí pro ně nejsou tak důležité.

Avšak fakt, zda ženy mají nebo nemají děti se jako jediný promítl na korelaci faktoru 3 s BMI. U žen s dětmi platí, že mají představu, že ostatní s nimi nemají dobré úmysly a ony si připadají nechráněné – necítí se ve vztazích bezpečně. Naopak pro ženy, které děti nemají, tento vztah se zdá neplatí.

**Tab. 19. Rozdělení podle toho jak dlouho mají nadváhu**

	Počet	F1 x BMI	F2 x BMI	F3 x BMI
0-10	29	0,102	-0,267	0,034
11 - 30	43	-0,121	-0,076	0,008

Žádná korelace se neprojevila jako signifikantní.

**Tab. 20. Rozdělení podle toho, zda nadváhu zkoušely snížit**

	Počet	F1 x BMI	F2 x BMI	F3 x BMI
Nezkoušely	45	0,574**	0,245	-0,234
Zkoušely	102	0,307**	0,357**	0,117
Chybějící	24			

U žen, co zkoušely snížit svou nadváhu s narůstající hmotností přibývá tendence druhým ustupovat (protože jim záleží na tom, co si o nich druzí myslí) a také mají pocit, že je druzí využívají a chovají se k nim nepříjemně. U žen, co nadváhu snižovat nezkoušely, platí pouze první varianta, tzn. nemají pocit, že se k nim ostatní chovají nepříjemně, že je neberou vážně, a že je využívají.

**Tab. 21. Rozdělení podle výskytu nadváhy v rodině**

	počet	F1 x BMI	F2 x BMI	F3 x BMI
Nevyskytuje se	55	0,413	0,453	0,057
Vyskytuje se	730	0,207	0,388*	0,104

U žen, v jejichž rodině se nadváha vyskytuje, se ukazuje, že čím větší je jejich hmotnost, tím víc mají pocit, že ostatní lidé jsou na ně nepříjemní a využívají je.



### **3.6. Diskuse**

Jak jsme se již pokusili sdělit na začátku, tato práce by se dala označit jako pilotní studie do problematiky, kterou z tohoto úhlu pohledu dle nám dostupných informací ještě nikdo nezkoumal. Protože jsme začínali bez možnosti navázat na předchozí výzkumy, během celého výzkumu jsme se dopustili celé řady kroků, které bychom nyní nejspíš učinili jinak. Nicméně je třeba učiněnou zkušenost vzít, vyhodnotit a v dalších výzkumech pojmout jinak. Nyní se tedy podívejme, jaké slabiny naše práce obsahuje, čemu je tedy nutno přičíst možné zkreslení výsledků a jakých chyb je třeba se v budoucnu vyvarovat.

#### **Uchopení výzkumu**

Jisté zkreslení výsledků je třeba přičíst na vrub samotnému uchopení pojmu hranice. Není nikterak citovaný v odborné literatuře, vytvořili jsme ho za účelem tohoto výzkumu. Proto nese silnou konotaci autorčina úhlu pohledu a vidění světa. Navíc i všechna tvrzení byla sestavena tak, aby tomuto úhlu pohledu odpovídala.

V dostupné odborné literatuře tento problém nebyl řešen a k hranicím či osobnímu prostoru jsme dosud také příliš informací nenalezli, takže jsme se při provádění výzkumu museli opřít zejména o naše zjištění, což bylo nejen značně obtížné, ale mohlo tím dojít i k určitému množství chyb.

#### **Použitá literatura**

K literatuře ještě považujeme za podstatné říci, že mnohé výzkumy, o které se opíráme, byly provedeny v zemích s odlišnou kulturou (např. USA), a tím pádem jejich aplikace na českou populaci nemusí zcela odpovídat skutečnosti. Např. výsledky

Stunkardova výzkumu, že studenti VŠ by raději pojali za manžela/manželku podvodníka, narkomana, zloděje či nevidomého, než člověka obézního (str.30), nám nepřipadají vzhledem k naší kultuře adekvátní. Obdobných zjištění jsme citovali více, takže je třeba brát je s jistou dávkou obezřetnosti.

Dalším nezanedbatelným momentem je zvyk vzájemného přejímání a citování výzkumu jednoho autora druhým, což je fenomén, který s sebou nese notnou dávku rizika v tom smyslu, že pokud původní autor ve svých závěrech učiní chybu, i přesto je mnohdy dále a dále citovaná jako fakt. Příkladem je nedávno zjištěný objev, že špenát neobsahuje více železa než srovnatelná listová zelenina, neboť vědci v původním výpočtu učinili chybu v desetinné čárce. Tento příklad je možná úsměvný, ale nejspíš nezaškodí, když si budeme vědomi, že možná i my v našem přístupu k obezitě stavíme na představě určitých souvislostí, které reálně nemusí existovat.

## **Dotazník**

V první řadě je třeba zmínit, že sám dotazník je intervenujícím faktorem. Bohužel jsme zatím neměli možnost ověřit, zda baterie tvrzení, kterou jsme sestavili, a která měla za úkol měřit hranici osobního prostoru, ji skutečně měřila. Navíc, mnohá tvrzení se opakují a některá se vzájemně významově příliš neliší, takže je velice diskutabilní, zda je vůbec možno je mezi sebou porovnávat a vyvozovat z nich závěry.

Ne příliš moudře byla zvolena jako jedna z možných odpovědí varianta „nikdy“, jelikož téměř na žádnou z otázek není možné „nikdy“ odpovědět.

Na základě zpětné vazby jsme se též dověděli, že u některých tvrzení, jako např. „ostatní lidé se mnou mají dobré úmysly“, dotazovaní nevěděli, jak je mají chápat a můžeme pouze

spekulovat, kterým dalším tvrzením nerozuměli. Dotazník jsme také pravděpodobně vytvořili tak, že jeho vyplnění vyžadovalo značnou míru schopnosti introspekce, čili se ukázal jako nejvhodnější pro vysokoškolsky vzdělanou populaci.

Též je diskutabilní, zda je možné některé položky formulovat „pozitivně“, ale skórovat je jakoby byly napsány „negativně“. (Např. pokud probandka na položku „Když po mně někdo chce něco, co je mi nepříjemné, ODMÍTNU.“ odpoví „často“, je možné předpokládat, že její odpověď je stejná, jako kdyby na tvrzení „Když po mně někdo chce něco, co je mi nepříjemné, NEODMÍTNU“ odpověděla „občas“ ?)

Pravděpodobně největším nedostatkem dotazníku byla příliš otevřeně formulovaná tvrzení, jejichž upřímné zodpovězení by v mnoha případech mohlo u respondentů vyvolat dosti nepříjemné pocity.

## **Sběr dat**

Data byla získávána poněkud nesourodým způsobem: např. ve STOBÚ, na aerobiku a na břišních tancích dotazníky rozdávala autorka osobně, ale např. v Endokrinologickém ústavu a na klinice Iscare byly jednak přidávány k povinným vstupním testům a navíc distribuovány sestřičkami. Některé dotazníky rozdávali autorčini známí svým přátelům atd. Tato různorodost mohla mít jistý vliv na motivaci dotyčného k vyplnění („prosím, pomozte mi/mé přítelkyni s výzkumem“ versus „vyplníte tento dotazník“), což jistě také mohlo výsledky ovlivnit.

Zde se navíc projevuje postoj k celkovému problému nadváhy, který se na výsledcích mohl také odrazit. Některé ženy, které vyplňovaly dotazník, byly právě v procesu snižování nadváhy a to ještě dvojím způsobem. Jedny aktivním přístupem (např. ve STOBÚ či aerobiku) a jiné spíše pasivním (Endokrinologický ústav či bandáž žaludku). Již metoda, kterou probandka pro snížení své

hmotnosti volí, jistě vypovídá mnohé o její osobnosti – zda je zvyklá problémy řešit spíše tím, že situaci vezme do vlastních rukou, nebo si jde nechat pomoci a svěří se do rukou lékařů, kteří se mají o její problém postarat (*příčemž tyto postoje bychom rozhodně neradi černobíle zobecňovali, spíše se snažíme nastínit, že náš vzorek obsahoval široké kontinuum různých nastavení k problému nadváhy, a že tento aspekt mohl výsledky do jisté míry ovlivnit*).

Nezanedbatelné také je, že mnohé ženy v našem souboru problém nadváhy vůbec neřešily – a to nejen proto, že by nadváhu ve skutečnosti neměly; domníváme se, že fakt, zda osoba sama sebe vnímá jako že má nadváhu, se kterou je třeba navíc něco udělat, je jistě důležitý a na psychickém nastavení se může projevit.

## **Vzorek**

Naším záměrem bylo nejprve získat osoby s nadváhou a poté k nim dohledat kontrolní skupinu s normální hmotností tak, aby si tyto dvě skupiny odpovídaly na základě získaných demografických dat. Tento záměr se nám bohužel nepodařilo uskutečnit. Zaskočilo nás totiž, že najít ženy s normální hmotností bylo mnohem obtížnější a časově náročnější, než ženy s nadváhou a obezitou. Na základě tohoto zjištění jsme se vzdali záměru vytvořit páry a tak se oba vzorky žen s normální hmotností a nadváhou zejména věkově (ale i početně) rozcházejí (průměrný věk u žen s normální hmotností je 34,7, u žen s nadváhou 45,4).

Také je důležité neopomenout, že 45 žen bylo v pásmu podváhy. Je otázkou, zda tato charakteristika s sebou nese specifický psychologický kontext, který by případně výsledky mohl také zkreslit. (Např. že by se třeba u žen s podváhou vyskytovaly obdobné přístupy k ochraně hranic osobního prostoru

jako u žen s nadváhou, což by výsledky, které byly zpracovány zejména korelacemi – tedy v závislosti na stoupajícím BMI – výrazně zkreslilo).

Několikanásobně více než v normální populaci byly zastoupeny ženy s vysokoškolským a středoškolským vzděláním, oproti ženám se základním a SOU vzděláním. Osoby s nadváhou se vyskytovaly daleko více ve vyšších věkových kategoriích, což jsme se posléze pokusili ošetřit vydělením ze vzorku ženy do 40 let. Zda to byla ta správná intervence je však otázkou. Slabinou vzorku je však velká převaha žen žijících ve městě nad těmi co žijí na vesnici, takže zobecňovat výsledky na celou populaci by nemuselo být odpovídající.

## **Zpracování dat**

Ke zpracování dat byla použita položková analýza (Pearsonův koeficient korelace) a faktorová analýza (rotované řešení s Kaiserovou normalizací). U obou se ukázal obdobný problém a to nejednoznačnost a tudíž nejasná odlišitelnost jednotlivých položek. U Pearsonovy korelace celého souboru se sice mnohé položky ukázaly být statisticky významné, ale jiné, s obdobným významem, naopak významné nebyly. Avšak po odstranění žen nad 40 let se jako statisticky významné ukázaly hned 2/3 všech položek, takže sice můžeme hovořit o nesourodosti či nejasné odlišitelnosti, ale na druhou stranu se ukazuje, že je třeba vzít v potaz více aspektů (jako třeba věk).

Statistická významnost různých položek také variovala podle různých skupin, na které jsme vzorek podle demografických charakteristik dělili. To může znamenat skutečné zákonitosti, které se tím projeví, ale také to může být dílem náhody, protože, jak už jsme zmínili, mnohé položky si byly významově značně podobné. Takže se nabízí jednoduchá otázka – proč některé

položky korelovaly a jiné ne? Bylo to dáno skutečně jejich odlišnými významy, nebo spíše dílem náhody?

A na obdobný problém narážíme také u faktorové analýzy. Tvrzení se nám sice rozdělila do několika různých faktorů, kde některé z nich byly syceny jen danými položkami a vzájemně se nepřekrývaly, ale některé se naopak překrývaly značně. S těmi jsme při zpracování dat dále nepracovali, nicméně tento fakt také poukazuje na nejednoznačnost jednotlivých tvrzení.

Zároveň ve vzorku žen do 40 let faktory 5, 6, a 7, které měly na jednu stranu velice nízké procento variance, obsahovaly některé položky, které v nich mnohdy byly zastoupeny hodnotami 0,6 – 0,8. Zde je možno se domnívat, že se jedná o určitý vztah, který se nám při naší analýze nepodařilo zachytit.

## **Výsledky**

Jako užitečný krok vidíme samostatné zpracování dat u žen do 40 let, kde vynikly určité souvislosti, které se v celém vzorku neprojevíly či se ukázaly dokonce opačně. Např. u korelace testu s délkou trvání nadváhy pro celý soubor se ukázal vztah, že čím déle má žena nadváhu, tím méně se u ní projevuje pocit, že jí nikdo nerozumí, že se ve vztazích necítí bezpečně, nebo že ji ostatní neberou vážně. Avšak u žen do 40 let se souvislost mezi trváním nadváhy a hrubým skórem testu ukázala opačná: čím déle žena má nadváhu, tím větší problémy s hranicemi svého osobního prostoru má. Zde si tedy můžeme klást otázku, jaké procesy se v ženě s dobou, co má nadváhu, začnou odehrávat. Zda se s dobou trvání nadváhy u ženy může projevit jistý stupeň adaptace, a tedy zda si přes trvající nadváhu začne vytvářet schopnost své hranice lépe hlídat, nebo naopak postupně klesá její sebevědomí, pocit vlastní hodnoty – že si stále méně a méně dovoluje se za sebe postavit, říct, s čím není spokojená, co jí vadí atd.

Negativní korelací  $-0,36$  mezi BMI a vzděláním se potvrdilo všeobecně známé zjištění, že u osob s vyšším vzděláním je méně často přítomna nadváha a obezita, než u osob s nižším vzděláním, což buď poukazuje na nedostatečnou informovanost obyvatelstva s nižším vzděláním ohledně zdravé výživy, pohybových návyků atd., nebo se ale také může jednat o odlišný postoj k otvírání konfliktů, sdělování vlastního názoru, nechání si líbit toho, co je nepříjemné atp.

U žen, co nezkoušely snižovat svou nadváhu se ukázalo, že na rozdíl od těch, co nadváhu snižovat zkoušely, nemají pocit, že se k nim ostatní chovají nepříjemně, že je neberou vážně a že je využívají. To by mohlo naznačovat, že nepochybují o vlastní hodnotě, a že se tedy nemusí změnit (např. snížit svou nadváhu), aby je ostatní lidé brali vážně atd.

U žen, v jejichž rodině se nadváha vyskytuje, se ukazuje, že čím větší je jejich hmotnost, tím víc mají pocit, že ostatní lidé jsou na ně nepříjemní a využívají je. Toto zjištění je zajímavé. Proč ženy, v jejichž blízkém okolí (matka, otec či oba) se vyskytuje nadváha, mají pocit, že ostatní jim mohou ublížit, využívají je atd.? Jsou snad obézní rodiče v tomto ohledu ke svým dětem „drsnější“? Vytvářejí jim představu o světě, že je nebezpečný?

## **Interpretace dat**

Interpretace dat jako potenciální nebezpečí zkreslení výsledků. Stejně jako mnozí výzkumníci, i my jsme měli na začátku své hypotézy a představy o tom, jaké výsledky očekáváme. Při analýze i interpretaci dat jsme se samozřejmě snažili o co největší objektivitu, ale bylo by příliš namyšlené myslet si, že se nám to podařilo. Naprosto nezaujatý pozorovatel by jistě některé souvislosti viděl svým střízlivým okem jinak než my, dychtiví předem očekávaných čísel. Své nadšení a tedy jím

vzniknuvší předsudky jsme se snažili co nejvíce mírnit, doufáme, že se nám to dařilo, ale jsme si vědomi, že se na výsledcích mohlo odrazit.



### 3.7. Návrhy na další výzkum

Navrhujeme se dále zabývat zejména těmito momenty:

1) Jistě by bylo zajímavé se podívat, jak by výsledky vypadaly na vzorku, který by byl skutečně reprezentativní. Jednak by v něm byli zahrnuti samozřejmě muži a dále by byla daleko více zastoupena populace venkovská, se ZŠ a SOU vzděláním, ženy žijící bez partnera a ženy s nadváhou v nižším věku a naopak bez nadváhy ve vyšším. Také by nejspíš nebylo od věci dát stranou ženy s podváhou, nebo minimálně je brát jako jinou kategorii.

2) Další možností by bylo pokusit se přeformulovat položky dotazníku tak, aby jednak nebyly natolik otevřené, a zároveň aby nevyžadovaly příliš hlubokou schopnost introspekce. Naformulovat je jasněji a jednodušeji, aby byly jednak srozumitelné i ženám s nižším dosaženým vzděláním a nevyvolávaly pocit diskomfortu, pokud na ně dotyčný pravdivě odpoví.

3) Ve výsledcích se projevila značně vysoká korelace faktoru 1 a BMI u žen bez partnera, ale ve vzorku jich nebyl příliš vysoký počet. Bylo by možné, že by ženy bez partnera měly větší tendenci nedat najevo svůj názor, dát druhému zapravdu a vyhýbat se konfliktu?

Obdobné výsledky se ukázaly i u žen, co žijí na vesnici a nadváhu nezkoušely snižovat (jichž ale ve vzorku bylo úplně minimum), tento vztah by jistě bylo vhodné prozkoumat.

4) Za prověření by také stála souvislost mezi trváním nadváhy a schopností stavět hranice, neboť pro celý soubor se u několika tvrzení projevila jako signifikantně negativní, kdežto pro ženy do 40 let naopak jako výrazně pozitivní.

## 4. Závěr

V rigorózní práci jsme se pokusili zmapovat, zda existuje souvislost mezi tím, jak si žena hlídá hranice svého osobního prostoru a jejím body mass indexem. Kladli jsme si otázku, jestli by bylo možné, že pokud si osoba nedokáže ochránit hranice svého osobního prostoru komunikací (verbální či neverbální), zda se o to podvědomě pokusí na fyzické úrovni pomocí svého těla a vytvoří si tukovou „hradbu“ k obraně svého území. Zkoumali jsme tedy, zda se v chování žen s nadváhou a obezitou (ve smyslu prožívání a projevů navenek, nikoli životosprávy) vyskytují určité rysy, kterými se od lidí s normální hmotností odlišují.

K dispozici jsme měli vzorek 373 žen, z nichž 199 mělo nadváhu ( $BMI \geq 25$ ) a 174 nadváhu nemělo (129 mělo normální hmotnost  $BMI$  20 – 24,9 a 45 z nich mělo podváhu čili  $BMI < 20$ ). Obě skupiny byly téměř ze 2/3 středoškolského a z 1/3 vysokoškolského vzdělání. Osoby s nadváhou byly výrazněji zastoupeny ženami ve věku 51 – 60 let (16%), osoby s normální hmotností zase ženami ve věku 21 – 30 let (17 %). Jednoznačně převažovala městská populace nad venkovskou (85% žen).

Po použití faktorové analýzy rotovaného řešení byly nalezeny zejména 2 faktory, které sytily téměř 30% celkové variance. Faktor 1 „vyhnout se konfliktu“ byl tvořen tvrzeními 10, 12, 5 a 22, Faktor 2 „nechat si líbit nepříjemné“ tvrzeními 7, 3, 4 a 13. (Faktor 1 – hlavní je vyhnout se konfliktu, dát druhému zapravdu a nedat najevo svůj názor. Faktor 2 – od druhých si nechá líbit resp. můžou si k ní dovolit, co je jí nepříjemné a i pro ně je ochotná udělat, co je nepříjemné jí, cítí se využívaná).

Dále za použití položkové analýzy (Pearsonův koeficient korelace) byla sledována souvislost mezi jednotlivými položkami a skupinami rozdělených podle demografických charakteristik.

Jelikož věk se ukázal být silně intervenující proměnnou, po jisté úvaze, kdy jsme se zaobírali tím, jakou problematiku ženy v dané životní fázi řeší, byly ze vzorku vybrány ženy do 40 let a provedená nová statistická analýza, která ukázala souvislosti, které se v celém vzorku neprojeví. Mnohé demografické charakteristiky, podle kterých jsme soubor žen dělili, se najednou v různých korelacích promítly jako statisticky významné i na 1% hladině významnosti.

#### 4.1. Výsledky položkové analýzy

V první řadě je třeba říci, že odpověď na otázku, kterou jsme si kladli, a to zda existuje souvislost mezi BMI a schopností hlídat si hranice svého prostoru by na základě našeho výzkumu bylo možno zodpovědět kladně. Po použití položkové analýzy tyto dvě veličiny **(HS a BMI) korelovaly statisticky významně**. Sice hodnotou 0,1, ale vzhledem k tomu, že hovoříme o měkkých datech a poté, co vezmeme v potaz veškeré nedostatky našeho výzkumu, těžko bychom mohli očekávat větší číslo.

Dále se podle našich propočtů ukázalo, že **čím vyšší má žena dosažené vzdělání, tím méně než něco udělá tak přemýšlí, co by tomu řekli ostatní**; bere více ohled na to, co chce, než na to, co si o ní ostatní lidé pomyslí. Také má pocit, že ji ostatní berou vážně, a že jí nechtějí ubližovat. Když vstoupí do konfliktu, tak druhému neustoupí a postaví se za sebe.

Zdá se, že **ženy, které již mají děti, mají více tendenci se přizpůsobovat a ustupovat ostatním**. To je svým způsobem logické. Žena, která ještě není matkou, jedná pouze sama za sebe a ochraňuje jen svůj vlastní osobní prostor, na rozdíl od ženy - matky, která má v péči a pod svou ochranou své potomky, čímž

je její vymezování se vůči svému okolí nutně ovlivněno, takže je okolnostmi do jisté míry nucena z něj slevovat.

**U žen do 40 let** se také ukázala statisticky významná korelace mezi hrubým skórem a BMI a to hodnotou 0,23. Opět je tedy možno říci, že existuje jistá souvislost mezi tím, jakou má žena hmotnost a její schopností hlídat si hranice svého osobního prostoru.

Rovněž se ukázala souvislost mezi hrubým skórem a trváním nadváhy celkem u 12 položek, přičemž většina hodnot je nad 0,3 a některé dosahují dokonce 0,5. To by znamenalo, že **čím déle má žena nadváhu, tím větší jsou problémy s vymezováním hranic svého osobního prostoru.** (Oproti výsledkům z celého souboru, kde se naopak ukázalo, že čím déle žena nadváhu má, tím méně platí, že mívá pocit, že jí nikdo nerozumí, resp. že se ve vztazích s ostatními lidmi necítí bezpečně. Čím déle má nadváhu, tím méně mívá pocit, že ji ostatní neberou vážně.)

#### **4.2. Výsledky korelace faktorů s BMI**

U celého vzorku se ukázalo, že **tendence vyhýbat se konfliktu je tím silnější, čím nižší má žena dosažené vzdělání.** Naopak **u žen s vyšším vzděláním (a při vyšší nadváze) roste sklon nechat si líbit věci, které jsou jim nepříjemné,** a patrně v důsledku toho se cítí využívané.

U žen do 40 let se SŠ a VŠ vzděláním s narůstající hmotností více platí, že **ustupují, protože jim záleží na tom, co si o nich druzí myslí, a mají pocit, že ostatní lidé je využívají a chovají se k nim nepříjemně.**

U žen celého vzorku, které **nemají vztah,** jež by vnímaly jako trvalý, se **korelace BMI a Faktoru 1 („vyhnout se konfliktu“)** ukazuje jako vysoce významná. Problém je bohužel nízký počet respondentek z této kategorie, takže o tomto

zjištění nejsme schopni mnoho říci. Je to pouze podnět pro další zkoumání. Obdobně je sice též vidět významná **korelace BMI žen, co žijí na vesnici a Faktoru 1 („vyhnout se konfliktu“)**, ale taktéž jako u žen bez partnera jde o příliš nízký počet probandek.

U žen do 40 let **bez partnera** s přibývajícím hmotností platí, že mají pocit, že je **ostatní lidé využívají a jsou k nim nepříjemní**.

U žen žijících ve městě do 40 let se projevila statisticky významná korelace BMI jak s faktorem 1 („vyhnout se konfliktu“), tak s faktorem 2 („nechat si líbit nepříjemné“).

U bezdětných žen do 40 let se statisticky významná korelace projevila jak pro faktor 1 („vyhnout se konfliktu“), tak i pro faktor 2 („nechat si líbit nepříjemné“). U žen, které mají alespoň jedno dítě koreluje BMI s faktorem 2 („nechat si líbit nepříjemné“) a také (jakožto jediná kategorie z celého rozdělení) s faktorem 3 „absence bezpečí“ (kdežto u žen bezdětných koreloval negativně). U žen s dětmi tedy platí, že mají představu, že **ostatní s nimi nemají dobré úmysly a ony si připadají nechráněné** – necítí se ve vztazích bezpečně.

U žen do 40 let, co **zkoušely snížit svou nadváhu, s narůstající hmotností přibývá tendence druhým ustupovat** (protože jim záleží na tom, co si o nich druzí myslí) a také mají **pocit, že je druzí využívají a chovají se k nim nepříjemně**. U žen, co nadváhu **snížovat nezkoušely**, platí pouze první varianta, tzn. **nemají pocit, že se k nim ostatní chovají nepříjemně, že je neberou vážně, a že je využívají**. To by mohlo naznačovat, že nepochybují o vlastní hodnotě, a že se tedy nemusí změnit (např. snížit svou nadváhu), aby je ostatní lidé brali vážně.

U žen celého souboru, v jejichž **rodině se vyskytuje nadváha**, je statisticky významná **korelace faktoru 1 („vyhnout se konfliktu“) a BMI**. Naopak u žen, v jejichž **rodině se nadváha**

**nevyskytuje**, je zase patrná **korelace BMI s faktorem 2 („nechat si líbit nepříjemné“)**, což by jinými slovy mohlo znamenat, že čím více tyto ženy váží, tím spíše si nechají líbit věci, které jsou jim nepříjemné.

**U žen do 40**, v jejichž **rodině se nadváha vyskytuje**, se naopak ukazuje **korelace faktoru 2 („nechat si líbit nepříjemné“) s BMI**, čili - čím větší je jejich hmotnost, tím více mají pocit, že ostatní lidé jsou na ně nepříjemní a využívají je.

Co však považujeme za velice podstatné, bylo uvědomit si, že ženy v rozdílných životních fázích řeší jiné problémy či mají jiné úkoly, se kterými se potřebují vypořádat, a zdá se, že problematika stavění a ochrany hranic svého osobního prostoru je daleko aktuálnější u žen do 40 let, které si budují vztahy, zakládají rodiny, nacházejí své místo v pracovní oblasti atp., než u žen starších.

## **5. Souhrn**

### **Souhrn**

Práce „Nadváha a koncept hranic osobního prostoru (psychologické aspekty nadváhy)“ se snaží postihnout problematiku nadváhy a obezity z psychologického hlediska. V teoretické části pojednává o problematice nadváhy a obezity obecně se zaměřením na osobnost jedince nadváhou trpícího a pokouší se uchopit souvislost mezi nadváhou a pojetím osobního prostoru a jeho hranic. Praktická část se formou dotazníku u žen se zaměřuje na zmapování vztahu mezi jejich body mass indexem a schopností uhlídat si hranice svého osobního prostoru.

### **Abstract**

The study „Overweight and personal space borders (psychological aspects of overweight)“ concerns the issue of overweight and obesity from the psychological point of view. The theoretical part deals with the general issue of overweight and obesity focusing on the personality of an obese person and tries to find a connection between overweight and a concept of borders of individual's space. The empirical part is focused on mapping the relationship between the body mass index and the ability to control individual's borders within a group of women, using a questionnaire as a tool of research.

### **Resumen**

El trabajo „El exceso de peso y el concepto de las fronteras del espacio personal (aspectos psicológicos del exceso de peso)“ se ocupa de la problemática del exceso de peso y la obesidad desde el punto de vista psicológico. La parte teórica se desarrolla sobre la problemática del sobrepeso generalmente y enfoca la

personalidad del individuo que sufre este problema tratando de describir la conexión entre exceso de peso y el concepto del espacio personal con sus fronteras. La parte empírica que usa la método de cuestionario, trata de encontrar en el grupo de mujeres una relación entre el body mass index y la capacidad de guardar las fronteras del espacio personal.



## 6. Přílohy

## 6.1. Dotazník k předvýzkumu

Vážení a milí,

předem Vám děkuji, že jste ochotni věnovat kousek svého volného času a pomoci mi se sběrem dat k výzkumu.

Před Vámi leží 30 vět, tvrzení, které vyjadřují různé postoje, názory, pocity atd. Pod každým tvrzením je uvedeno 5 možných variant odpovědí (Vždy, Často, Občas, Zřídka a Nikdy). Podle toho, jak Vám tvrzení připadá, do jaké míry s ním souhlasíte nebo nakolik vystihuje, co si myslíte/cítíte, označte prosím jednu z možných odpovědí.

Např. na tvrzení "Chodím ráda do lesa" byste mohli odpovědět "Vždy", pokud chození do lesa máte velmi rádi a naopak "Nikdy", pokud chození do lesa nesnášíte. Pokud si sem tam do lesa rádi zajdete, odpověděli byste "Občas" atd.

Také bych ráda zdůraznila, že tento dotazník je naprosto anonymní a jeho výsledky budou použity pouze k výzkumným účelům. Možná se budete podívat, proč považuji za důležitou Vaši váhu a výšku, nicméně právě tyto údaje jsou pro zpracování výsledků klíčové, proto se prosím neostýchejte a klidně je uvádějte, protože dotazník je, znovu zdůrazňuji, naprosto anonymní.

Pokud máte jakékoli nejasnosti, otázky, nebo chcete vědět jak výzkum dopadne, kontaktujte mě na adrese f.katarina@seznam.cz. Ještě jednou mnohokrát děkuji za spolupráci,  
Katka Filasová

**Pohlaví:**

žena                      muž

**Vzdělání:**

ZŠ

SŠ bez maturity

SŠ s maturitou

VOŠ

VŠ

SŠ, studuji VOŠ

SŠ, studuji VŠ

**Ročník narození, výška, váha:**

Ročník narození (např. 1976):

Výška (cm):

Váha (kg):

(pokud si nejste jisti, uveďte prosím alespoň přibližně)

**Stav:**

Mám vztah, který vnímám jako trvalý

Jsem bez trvalého vztahu

Ke každému z následujících tvrzení bylo 5 možných variant  
odpovědi:

*Vždy              Často              Občas              Zřídka              Nikdy*

1. Člověk by měl vyhovět svým blízkým, i když se mu nechce.

2. Ostatní lidé mi mohou ublížit.

3. Snažím se být veselý/veselá a hovorný/hovorná, abych  
zabránil/a

špatné atmosféře.

4. Mívám pocit, že mi nikdo nerozumí.

5. Člověk by se měl snažit přizpůsobit se ostatním.

6. Cítím se zodpovědná/zodpovědný za pocity ostatních.
7. Když si myslím, že bych ostatní našťval/a, raději svůj názor nedám najevo.
8. Když se někdo z mých blízkých nebo kolegů cítí špatně, napadá mě, že za to můžu.
9. Snažím se působit přátelsky, i když mi není do smíchu.
10. Pro ostatní lidi, zejména blízké, je potřeba se obětovat.
11. Připadá mi, že mě ostatní lidé neberou vážně.
12. Je pro mě těžké někomu říct "ne", odmítnout, když po mně něco chce.
13. Připadám si před ostatními nechráněný/nechráněná.
14. Je pro mě důležité, aby mě ostatní měli rádi.
15. Když mi někdo něco vyčítá, mám pocit viny.
16. Dám druhému zapravdu, abych se vyhnul/a konfliktu.
17. Když někomu není dobře, snažím se mu pomoci.
18. Více se řídím tím, co považuji za správné, než tím co bych chtěl/a.
19. Když někoho vidím poprvé, snažím se působit přátelsky.
20. Ostatní si ke mně dovolují víc, než je mi příjemné.
21. Není ani tak důležité, co chci já, ale hlavně když to udělá radost mým blízkým.
22. Někdy si od ostatních nechám líbit něco, co je mi vlastně nepříjemné.
23. Než něco udělám, přemýšlím, co by tomu řekli ostatní.
24. Velmi mi záleží na tom, co si o mně ostatní myslí.
25. Připadám si ostatními lidmi využívaný/využívaná.
26. K ostatním se chovám tak, abych nenarušil/a dobré vztahy.
27. Jinému člověku ustoupím.
28. Když je někdo našťvaný, snažím se ho uklidnit.
29. Je pro mě důležité, abych se jiného člověka nedotkl/a.
30. Když někomu nevyhovím, mívám pocity viny.

## 6.2. Dotazník k výzkumu

Vážení a milí,

mnohokrát Vám děkuji, že jste ochotni věnovat kousek svého volného času a pomoci mi se sběrem dat k výzkumu pro diplomovou práci.

Před Vámi leží 22 **tvrzení**, které **vyjadřují různé postoje, názory, pocity** atd. Vedle každého tvrzení jsou uvedeny **4 možné varianty odpovědí** (Vždy, Často, Občas a Nikdy). **Podle toho, jak Vám tvrzení připadá, do jaké míry s ním souhlasíte nebo nakolik vystihuje, co si myslíte/cítíte, označte křížkem jednu z možných odpovědí.**

Např. na tvrzení "Chodím ráda do lesa" byste mohli odpovědět "Vždy", pokud chození do lesa máte velmi rádi a naopak "Nikdy", pokud chození do lesa nesnášíte. Pokud si sem tam do lesa rádi zajdete, odpověděli byste "Občas" atd.

Tento dotazník je **naprosto anonymní** a jeho **výsledky budou použity pouze k výzkumným účelům.**

Mnohokrát děkuji za spolupráci  
Filasová

Katarína

(filasova@aktip.cz)

### **Pohlaví:**

- a) žena
- b) muž

### **Vzdělání:**

- a) ZŠ
- b) SŠ
- c) SOU
- d) VŠ
- e) VOŠ
- f) Jiné

### **Věk:**

### **Rodinný stav:**

- a) svobodná
- b) vdaná
- c) rozvedená
- d) vdova

### **Výška (cm):**

### **Partnerský vztah:**

### **Váha (kg):**

- a) mám vztah, který vnímám jako trvalý
- b) jsem bez trvalého vztahu

### **V současnosti žiji:**

- a) ve městě
- b) na vesnici

### **Děti:**

- a) nemám
- b) mám – kolik?

### **Zaměstnání:**

**Vyjádřete se prosím k následujícím tvrzením podle toho, jak to cítíte:**

		Vždy	Často	Občas	Nikdy
1	Když jsem se svými blízkými, můžu se chovat přirozeně.				
2	Mívám pocit, že mi nikdo nerozumí.				
3	Když po mně někdo chce něco, co je mi nepříjemné, odmítnu.				
4	Ostatní si ke mně dovolují víc, než je mi příjemné.				
5	Když si myslím, že bych ostatní naštvál, raději svůj názor nedám najevo.				
6	Ve vztazích s ostatními lidmi se cítím bezpečně.				
7	Od ostatních si nechám líbit věci, které jsou mi vlastně nepříjemné.				
8	Připadá mi, že mě ostatní lidé neberou vážně.				
9	Ostatní lidé mají se mnou dobré úmysly.				
10	Dám druhému zapravdu, abych se vyhnul/a konfliktu.				
11	Připadám si před ostatními nechráněný/nechráněná.				
12	Svůj názor dám najevo i když tuším, že ostatní nebudou souhlasit.				
13	Připadám si ostatními lidmi využívaný/využívaná.				
14	Než něco udělám, přemýšlím, co by tomu řekli ostatní.				
15	Ostatní lidé se ke mně chovají tak, jak je mi příjemné.				
16	Když jsem se svými blízkými, můžu vyjádřit své potřeby.				
17	Záleží mi na tom, co si o mně ostatní myslí.				
18	Ostatní lidé mě berou vážně.				
19	Je pro mě těžké říct někomu ne, odmítnout, když po mně něco chce.				
20	Ostatní lidé mi mohou ublížit.				
21	Člověk by se měl přizpůsobovat ostatním.				
22	Když se dostanu do konfliktu, jinému člověku ustoupím.				

## 7. Použitá literatura

1. Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., Bem, D.J., Nolen - Hoeksema, S.: Psychologie. Victoria Publishing, Praha, 1995
2. Allison, D. B.: Handbook of Assessment Methods for Eating Behaviors and Weight - Related Problems. Sage Publications, USA, 1995
3. Bacon L., Stern J.S., Van Loan M.D. Keim N.L. Size acceptance and intuitive eating improve health for obese, female chronic dieters. Journal of the American Dietetic Association. 105(6):929-36, 2005 Jun.
4. Barker, C. a kol.: Fat teasing in obese adolescents In: International Journal of Obezity and related metabolic disorders. 13. European Congress on Obezity, Praha 26 - 29. 5. 2004 (S 195)
5. Berish, Sonia. La obesidad: Aspectos psicologicos y conductuales. Revista Colombiana de Psiquiatria. Vol 35(4) Dec 2006, 537-546.
6. Brázdová, Z.: Prevalence of obesity in countries of central and south-eastern Europe. In : International Journal of Obezity and related metabolic disorders, 13. European Congress on Obezity, Praha 26 - 29. 5. 2004 (S164)
7. Brown, J. a kol.: Differences in physical, emotional and social factors with weight change in adults seeking treatment for their obesity. In: International Journal of Obezity and related metabolic disorders, 13. European Congress on Obezity, Praha 26 - 29. 5. 2004 (S 133)
8. Bruch, H.: Eating disorders - Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within. University of Michigan, Basic books, 1973

9. Clarc, M.M., Goldstein, M.G.: Obesity: A health psychology perspective. Handbook of health and rehabilitation psychology. (pp. 157-173) New York, Plenum Press, 1996
10. Cloud, H., Townsend, J.: Hranice: Kde jsou zdravé meze ve vztazích a v osobním životě ? Praha, Návrat domů, 2001
11. Cooper, P.J.: Mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Jak se uzdravit. Votobia, Olomouc, 1995
12. Di Cosmo, C., Gremigni, P., Bitti, P. E. R.: Fattori psicologici, qualita di vita e benessere percepito in pazienti obesi operati de chirurgia bariatrica. Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale. Vol 12(1) 2006
13. Dixonová, M.: Miluj tělo, s nímž ses narodila. Praha, Práh, 1997
14. Doleček, R., Slavík, K.: Nebezpečný svět kalorií - joulů. Praha, Olympia, 1984
15. Etcoffová, N.: Proč krása vládne světu. Praha, Columbus 2002
16. Fialová, L.: Moderní body image. Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla. Praha, Grada, 2006
17. Filasová, K.: PsychObez - seminární práce z předmětu Psychometrie. Praha, Katedra psychologie FFUK, 2004
18. Filasová, K.: Diplomová práce Psychologické aspekty nadváhy (nadváha a hlídání hranic osobního prostoru). Praha, Katedra psychologie, FFUK, 2005
19. Fraňková, S.: Seminář „Výživa, tělesné a duševní zdraví“. Praha, Katedra psychologie, FFUK, 1. 2. 2005
20. Fraňková, S., Bičík, V.: Srovnávací psychologie a základy etologie. Praha, Karolinum, 1999
21. Fraňková, S., Klein, Z.: Úvod do etologie člověka. Praha, IZV, 1997
22. Fraňková, S., Odehnal, J., Pařízková, J.: Výživa a vývoj osobnosti dítěte. Praha, HZ editio, 2000



23. Fraňková, S., Dvořáková - Janů, V.: Psychologie výživy a sociální aspekty jídla. Praha, Karolinum, 2003
24. Frantzides, S: Gastric Bypass; Teen obesity surgery rules face struggle, Medical Devices & Surgical Technology Week. Atlanta: Aug 31, 2003. pg. 95
25. Goleman, D.: Emoční inteligence, Columbus, 1997
26. Grogan, S.: Body image - psychologie nespokojenosti s vlastním tělem, Praha, Grada, 2000
27. Grabe, Shelly, Hyde, Janet: University of Wisconsin-Madison; Sweeping analysis of research reinforces strong media influence on women's body image. Women's Health Weekly. Atlanta: May 29, 2008. pg. 685
28. Hainer, V., Kunešová, M., et al.: Obezita (etiopatogeneze, diagnostika a terapie). Praha, Galén, 1997
29. Hainer, V. a kolektiv: Tajemství ideální váhy. Praha, Grada, 1996
30. Hartl, P.: Psychologický slovník. Praha, Budka, 1994
31. Hartl, P., Hartlová, H.: Psychologický slovník. Praha, Portál, 2000
32. Hrachovinová T., Csémy L., Bidlová E.: Screening jídelního chování u vysokoškolských studentů. In: Raboch J., Doubek P., Zrzavecká I.,: sborník Psychiatrie v medicíně a medicína v psychiatrii. Praha, Galén, 2002
33. Chopra, M., Galbraith, S., Darnton-Hill, I.: A global response to a global problem: The epidemic of overnutrition. Bulletin of the World Health Organization, Ženeva, 2002, Vol. 80, Iss 12, str. 952 - 957,
34. Jones, M.R.: Symposium of motivation. Nebraska, University of Nebraska press, 1961, (39-69)
35. Jorga, J. a kol.: The effect of obesity and educational level on depression inventory score. In: International Journal of Obesity and related metabolic disorders, 13. European Congress on Obesity. Praha 26 - 29. 5. 2004 (S217)

36. Kim, O.: Weight Control; BMI, body satisfaction, and weight control among Korean girls examined, Obesity, Fitness & Wellness Week. Atlanta: Aug 20, 2005. pg. 1548
37. Knai, C. a kol.: Obesity in Eastern Europe: A considerable health and economic burden? In: International Journal of Obesity and related metabolic disorders. 13. European Congress on Obesity, Praha 26 - 29. 5. 2004 (S120)
38. Kondáš, O.: Discentná psychoterapia. Bratislava, Slovenská akadémia vied, 1973
39. Krantz, David S. The social context of obesity research: Another perspective on its place in the field of social psychology. Personality and Social Psychology Bulletin. Vol 4(1) Win 1978, 177-184.
40. Krch, F.D. a kol.: Poruchy příjmu potravy. Praha, Grada Publishing, 1999
41. Krch, F.D., Málková, I.: SOS nadváha- Průvodce úskalím diet a životního styl. Praha, Portál, 2001
42. Kunešová, M., Hainer, V., Pařízková, J., Braunerová, R., Wagenknecht, M., Lajka, J.: Food intake and physical activity patterns in Czech population: relation to waist circumference. In: International Journal of Obesity and related metabolic disorders. 13. European Congress on Obesity, Praha 26 - 29. 5. 2004 (S 162)
43. Laitinen J., Ek E., Sovio U.: Stress-related eating and drinking behavior and body mass index and predictors of this behavior. Preventive Medicine, Volume 34 (1), January 2002.
44. Langmeier, J., Langmeier, M., Krejčířová, D.: Vývojová psychologie s úvodem do vývojové neurofyzologie. Praha, H&H, 2002
45. Lázaro, M. J. a kol.: Body image and sexuality in obese patients. In: International Journal of Obesity and related

- metabolic disorders. 13. European Congress on Obezity, Praha 26 - 29. 5. 2004 (S 218)
46. Lewin, K.: Resolving Social Conflicts. Michigan, Harper & Brothers, 1948.
  47. Lewis, D.: Tajná řeč těla. Praha, East Publishing, 1989
  48. Lipovetsky, G.: Třetí žena. Praha, Prostor, 2000
  49. Málková, I.: Jak hubnout pomalu ale jistě. Praha, Avicenum, 1992
  50. McReynolds, William T. : Toward a psychology of obesity: Review of research on the role of personality and level of adjustment. *International Journal of Eating Disorders*. Vol 2(1) Fal 1982, 37-57.
  51. MacMillan, A.: What You Dont Know About Weight Loss Surgery. Emmaus: Nov 2007. Vol. 59, Iss. 11; pg. 42, 1 pgs
  52. Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (MKN -10), World Health Organization Geneva, Psychiatrické centrum Praha, 2000
  53. Mikšík, O.: Psychologické teorie osobnosti. Praha, Karolinum, 1999
  54. Morris, D.: Nahá žena. Brno, Alman, 2006
  55. Nadja, V. a kol.: Quality of life assessment in overweight and obesity. In : International Journal of Obezity and related metabolic disorders. 13. European Congress on Obezity, Praha 26 - 29. 5. 2004 (S 131)
  56. Nakonečný, M.: Motivace lidského chování. Praha, Academia, 1996
  57. Oradel, P.C.: Even minimal exercise helps overweight women. In: Journal of the American Medical Association. Jul 2007, Vol. 41 pg. 2
  58. Pelcák S.: Diplomová práce - Obezita z pohledu systémového přístupu ke zdraví a nemoci. Praha, FFUK, 1999
  59. Raich, R.M.: Imagen corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo, Ediciones pirámides, 2000

60. Renzetti, C. M., Curran, D.J.: Ženy, muži a společnost, Praha, Karolinum, 2005
61. Richter, J., Richterová, S. : Leptin, obezita a imunita. Výživa a potraviny, str. 35 - 36, 60. roč., č. 2, březen, duben 2005
62. Rodin, Judith: Research on eating behavior and obesity: Where does it fit in personality and social psychology? Personality and Social Psychology Bulletin. Vol 3(3) Sum 1977, p.g.333-355.
63. Ruiz, J.S.: Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nervosa, bulimia nervosa, obesidad. Barcelona, Mason, 2001
64. Sánchez, J. C.: Psicología de los grupos: Teorías, procesos y aplicaciones. Universidad de Salamanca, Impreso en Gofás, 2002
65. Shaw, M. E.: Dinámica de grupo - psicología de la conducta de los pequeños grupos. Editorial Herder, Barcelona, 1983
66. Speakman, J.R.: Obesity - The Integrated Roles of Environment and Genetics 1, 2. The Journal of Nutrition. Bethesda, 134: str. 2090S - 3006S, Aug 2004
67. Sobal, J., Maurer, D.: Weighty issues: Fatness and thinness as social problems. New York, Aldine de Gruyter, 1999
68. Solow, C.: Psychosocial aspects of intestinal bypass surgery for massive obesity: current status. American Journal of Clinical Nutrition. 30(1):103-8, 1977 Jan.
69. Sotoudeh, G., Khosravi, S.: What women think about their husbands' opinions might influence women's body image: An explorative study. Indian Journal of Medical Sciences, Mar 2008. Vol. 62, Iss. 3; pg. 98, 6 pgs
70. Stavěl, J.: Hlad - Příspěvek k analýze pudu. Bratislava , Filosofická fakulta Univerzity Komenského, 1937
71. Steptoe, A.: The effects of life stress on food choice in ESR Research Programme On The Nation's Diet, London, 1996.

72. Stunkard, A. J.: Obesity Theory and Therapy. Philadelphia, Lippincott - Raven, 1996
73. Stunz, U.: Žijeme zdravě a navždy mladí. Praha, Svojtka & Co., 2000
74. Szmukler, G., Dare, C.: Handbook of Eating Disorders - Theory, Treatment and Research. New York, John Willey& Sons, 1997
75. Štětovská, I.: Seminář „Sociální dovednosti psychologa“. Čelákovice, 2004
76. Thompson, J. K.: Body Image, Eating Disorders and Obesity. Washington, American Psychological Association, 1996
77. Tmějová, Z.: Diplomová práce - Obezita a její léčba kognitivně behaviorální terapií. Praha, Katedra psychologie, FF UK, 1998
78. Touster, L.O.: Fat oppression: The complicity of psychology. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. Vol 61(4-B), Oct 2000, pp. 2225.
79. Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese, Praha, Portál, 1999
80. Wiltink J., Dippel A., Szczepanski M., Thiede R. Alt C. Beutel ME. Long-term weight loss maintenance after inpatient psychotherapy of severely obese patients based on a randomized study: predictors and maintaining factors of health behavior. Journal of Psychosomatic Research. 62(6):691-8, 2007 Jun.
81. Wolf, D.: Nadváha a její psychické kořeny. Praha, Pragma, 1997
82. Wolf, N.: Mýtus krásy. Bratislava, Aspekt, 2000
83. Yalung, I. a kol.: The comorbidity of personality disorders among individuals with obesity and their relation to self-esteem in a Turkish clinical sample. In: International Journal of Obesity and related metabolic disorders. 13.

European Congress on Obezity, Praha 26 - 29. 5. 2004 (S  
225)

### **Internetové odkazy**

1. (Banding klub ČR: Laparoskopická bandáž žaludku,  
[www.bandingklub.cz](http://www.bandingklub.cz), 10.8.2008)
2. Poupětová, Š.: O nadbytečných kilogramech, hladu po lásce a  
výchově. Terapeutický a konzultační institut Praha,  
[www.aktip.cz](http://www.aktip.cz) (publikace), 20. 1. 2004
3. Ropp, T.: Stress rating. 5. 3. 2005  
<http://www.detnews.com/2001/health/0307/stress/stress.htm>
4. Roth, G.: Bent but unbroken, <http://www.prevention.com/>  
(Weight Loss ->Emotional Eating -> Psychological Reasons  
for Emotional Eating ->Why you really eat), 5. 3. 2005